

DE LA CURABILITÉ

N° 5

DE

LA TUBERCULOSE

PULMONAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 22 DÉCEMBRE 1893

PAR

Joseph AYMARD

Né à Ouveillan (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	
Pathologie interne.....	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MAIRET, <i>président.</i>	MM. SARDA, agrégé.
HAMELIN, professeur.	DUCAMP, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

J. AYMARD.

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. AYMARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

J. AYMARD.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

J. AYMARD.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SARDA

Avant d'aborder notre sujet, la reconnaissance me fait un devoir, cher maître, de vous témoigner ma plus vive gratitude pour le bienveillant attachement que vous n'avez cessé de me montrer durant tout le cours de mes études et que vous me continuerez, je l'espère, quand j'aurai franchi le seuil de cette Faculté. Je vous remercie des conseils que vous m'avez prodigués, de l'enseignement fécond que vous distribuez si largement, qui fait de vous un des jeunes maîtres les plus écoutés et les plus autorisés. C'est à vous que je dois l'idée de ce travail, et grâce à vous j'ai pu le mener à bonne fin : recevez pour toutes ces marques de sympathie l'assurance que je ne les oublierai jamais. J'emporte de cette École, des maîtres aimés qui en font l'honneur, le plus doux des souvenirs ; et, malgré l'éloignement, les années que j'ai passées auprès d'eux, et surtout auprès de vous, resteront dans ma vie comme les années les plus heureuses et les plus agréables. Permettez-moi d'espérer que vous n'oublierez pas votre élève et que vous lui continuerez votre amitié. Je remercie également M. Virés, interne de votre service, qui a bien voulu nous donner tous les renseignements nécessaires pour recueillir les diverses observations annexées à notre thèse.

J. AYMARD.

INTRODUCTION

Il est des maladies sur lesquelles on a beaucoup écrit, et sur lesquelles on écrit et on écrira bien longtemps encore : telle est la tuberculose pulmonaire. Bien connue aujourd'hui dans ses caractères anatomiques, pathologiques, symptomatiques..., elle conserve néanmoins bien des difficultés et des problèmes en ce qui touche ses temps d'arrêt et sa guérison. Après avoir longtemps admis que la tuberculose pulmonaire n'était pas curable, la plupart des auteurs reconnaissent aujourd'hui tout le contraire : si la curabilité n'est plus mise en doute, elle n'en laisse pas moins encore un vaste champ aux investigations. Aidé des publications antérieures, nous appuyant sur les observations recueillies dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Sarda, nous essaierons de mettre au point les diverses questions que soulève la curabilité de la tuberculose. Nous restons convaincu que la redoutable maladie peut s'arrêter; nous apportons dans notre travail des preuves certaines de curabilité, des cas non douteux de guérison; et de cette étude nous sortons plus encouragé encore, plus persuadé que les soins qu'on apporte aux tuberculeux sont de quelque utilité, qu'ils peuvent enrayer la maladie, la guérir, qu'enfin n'est plus de mise aujourd'hui l'affectueuse, mais décourageante tristesse de la résignation.

Après un historique de la question, j'aborderai l'anatomie pathologique, c'est-à-dire le processus curateur et la symptomatologie si spéciale et si particulière des tuberculeux guéris; je donnerai les indications générales du traitement, chapitre d'une grande importance, mais que je ne saurais, faute de temps, développer d'une façon complète. Je terminerai enfin par les observations qui sont le fondement de ce travail.

DE LA CURABILITÉ

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

I

HISTORIQUE

A toutes les époques s'est présentée à l'esprit des médecins la question de la curabilité de la tuberculose pulmonaire; mais presque toujours les désordres dus à la tuberculose ont été considérés comme devant fatalement, inévitablement, amener la mort. « Toutes les fois, a-t-on affirmé, que des tubercules se forment dans les poumons, que leur présence soit constatée ou non, que la tuberculose soit à l'état aigu ou chronique ou latent, la maladie doit nécessairement avoir une terminaison funeste dans un laps de temps plus ou moins considérable. » Contre cette croyance d'autres auteurs se sont élevés. Je ne rappellerai que pour mémoire l'opinion des anciens et d'Hippocrate, d'après laquelle la tuberculose pulmonaire guérissait quelquefois. Celse, à qui l'on doit l'expression « tubercule », Galien, parlent de ces concrétions rencontrées dans les poumons..... ce sont là des processus

curateurs, mais qui ne sont point rattachés directement à la tuberculose.

Paul d'Égine, Plater, Fabrice de Hilden, en citent quelques exemples qui sont reproduits presque textuellement dans le *Sepulchretum*. Bonnet, dans sa *Médecine pratique*, en même temps qu'il décrit les concrétions calcaires, affirme aussi la possibilité de la cicatrisation des cavernes : *Curatio non est desperanda, etiam jam exorto ulcere*. Schneck nous donne de nombreuses et curieuses observations. Hufeland (*Manuel de médecine pratique*, p. 800) admet comme démontrée la curabilité de la phtisie pulmonaire, dans ces lignes mémorables : « Lorsqu'on entreprend le traitement d'une phtisie pulmonaire, il ne faut pas, comme font la plupart des médecins, se laisser dominer par l'idée que la guérison présente peu de chances de succès ; car un pareil doute brise le courage, paralyse les ressources de l'esprit et éteint jusqu'au désir de rien entreprendre. On doit, au contraire, se persuader que toute phtisie pulmonaire, même la purulente, est curable. Ainsi ne perdons jamais ni l'espérance ni le courage et faisons tout ce qui dépend de nous pour atteindre ce but. » Sydenham, Morton, Boerhaave, n'ont rien ajouté à la question. Morgagni, qui fuyait les cadavres des phtisiques, Baillie, Portal, Sauvage, considéraient les cas de guérison comme extrêmement rares. Bayle niait la possibilité de cette guérison et regardait les concrétions crétacées comme des corps d'une nature particulière, capables de donner lieu aux symptômes de la phtisie. Laennec, dans quelques phrases ambiguës et indécises, laisse percer une incertitude qui, plus tard, aura une influence funeste. Tantôt il affirme la curabilité, tantôt il la nie : « Presque tous les hommes de l'art qui sont au courant des progrès récents de l'anatomie pathologique pensent aujourd'hui que l'affection tuberculeuse est, comme les affections cancéreuses, absolument incurable,

parce que la nature ne fait que des efforts contraires à la guérison et que l'art n'en peut faire que d'inutiles.» (Laennec, t. II.) Ailleurs : « Les tubercules crus tendent, dit-il, à grossir et à se ramollir. La nature et l'art peuvent bien ralentir leur développement, en suspendre la marche rapide, mais jamais ne lui faire faire un pas rétrograde ; mais, s'il est impossible de guérir la phtisie au premier degré, un assez grand nombre de faits me donnent la conviction intime que dans quelques cas, rares à la vérité, un malade peut guérir après avoir eu des tubercules qui se sont ramollis et ont formé une cavité ulcéreuse. La guérison de la phtisie, écrit-il encore, n'est pas au-dessus des forces de la nature ; mais l'art ne possède encore aucun moyen certain d'arriver à ce but. » Enfin il donne quelques observations de guérison.

Broussais voyait dans les tubercules le fait de l'irritation, cette mère commune des produits anormaux ; il pensait que la phtisie était curable ; car pour lui c'était une pneumonie à type particulier, mais non à terminaison fatalement mortelle. Du reste, cette doctrine n'est point encore nettement élucidée.

Andral cite des cas de guérison dans son cours de pathologie interne : « Nous avons vu, dit-il, des individus qui, après avoir présenté tous les symptômes rationnels de la phtisie, ont guéri et sont morts beaucoup plus tard. A leur autopsie, nous avons trouvé des concrétions calcaires au sommet du poumon ; n'est-il pas possible d'admettre que, le phosphate calcaire devenant prédominant, la sécrétion tuberculeuse puisse s'éteindre ? »

Depuis ce moment, vers 1825, c'est-à-dire au moment où l'anatomie pathologique commence à briller d'un vif éclat, la doctrine de la curabilité s'affermît de plus en plus. La part que prend dans l'évolution de la doctrine la science nouvelle est déjà grande : L'anatomie pathologique, dit Carswell, n'a

peut-être jamais fourni de preuves plus évidentes de la guérison d'une maladie que celle fournie relativement à la phtisie pulmonaire. En effet, le nombre de cas heureux est recherché. Ernest Boudet et Rogée étudient la curabilité par transformation crétacée. Rogée, sur 100 autopsie, faites à la Salpêtrière, trouve 51 fois les transformations crétacées : ces 51 femmes avaient donc été phtisiques, mais chez elles la maladie s'était heureusement terminée par l'induration des tubercules et d'une façon telle qu'elles avaient succombé à une affection étrangère à la tuberculose. Natalis Guillot nous a appris qu'à Bicêtre les $\frac{4}{5}$ au moins des vieillards dont il examinait les poumons offraient des traces incontestables d'une affection tuberculeuse très ancienne. Enfin, des 160 femmes ouvertes par Beau, à la Salpêtrière, 157 avaient des cicatrices caractéristiques au sommet de l'un ou de l'autre poumon. Mais ne faut-il point dans tous ces cas apporter une sage restriction : « Il ne faudrait pourtant pas, dit Grisolle, considérer comme des individus guéris de phtisie tous ceux dont les poumons présentent à l'autopsie des tubercules crétacés ; car, à ce compte, les neuf dixièmes de l'espèce humaine seraient phtisiques, et la phtisie pulmonaire serait, parmi les affections graves, la plus curable de toutes. Un ou plusieurs tubercules perdus en quelque sorte au sommet des poumons et ne produisant aucun trouble ne font pas un phtisique ! Il faut que ces productions soient nombreuses et qu'en se ramollissant elles amènent des désordres locaux et des troubles fonctionnels. » Grisolle était trop exigeant ; il est prouvé (Déjerine, Rogée, Poulallion) que les concrétions crétacées résultent toujours d'une transformation de la matière tuberculeuse.

Et puis, a-t-on tant besoin de ces désordres locaux et de ces troubles fonctionnels intenses ? Ne pourrait-on pas citer le fait du jardinier de Béhier, si connu, qui, avec les apparences de la plus florissante santé, est pris tout à coup d'une fou-

droyante hémoptysie et chez lequel l'auscultation révèle la présence au sommet gauche d'une vaste caverne? Que d'exemples semblables ne pourrait-on pas citer?

Aujourd'hui, je veux dire depuis ces vingt dernières années, on croit à la curabilité de la phtisie. Je dois mentionner en première ligne l'opinion si nette de Hérard et Cornil : « La guérison peut s'obtenir à toutes les périodes de la maladie, pourvu que les lésions aient envahi une partie peu étendue du poumon, que ces lésions consistent en de simples granulations (circonstance la plus favorable), que déjà les bronchopneumonies se soient développées autour de ces granulations ou que même les produits inflammatoires aient commencé à subir la métamorphose caséuse. » (Cornil et Hérard, *la Phtisie pulmonaire*.)

Nous verrons, quand nous entrerons dans l'étude de l'anatomie pathologique, que la matière tuberculeuse sous toutes ses formes (granulations grises, tubercules miliaires, tubercules massifs) est susceptible d'une double évolution : la première, la plus fréquente, aboutit à la caséification et au ramollissement ; la seconde, relativement exceptionnelle, dit Hanot, aboutit à la transformation fibreuse, à la transformation de tubercules en un tissu organisé, fixe, non envahissant. Les cavernes elles-mêmes peuvent se cicatriser par la fusion de leurs parois dans une gangue de ce même tissu fibreux. A ce moment, le processus tuberculeux est éteint, la phtisie est guérie.

Guéneau de Mussy, tout en constatant que les anciens admettaient la curabilité de la tuberculose, remarque judicieusement ceci : le diagnostic des différentes affections thoraciques compliquées de catarrhe laisse trop à désirer, pour que les observations des anciens sur ce point puissent présenter toutes les garanties désirables.

Ces garanties, nous les avons aujourd'hui dans les admira-

bles études d'anatomie pathologique de Cruveilhier et de Laennec, dans les confirmations données à ces études par des maîtres tels que Peter, Jaccoud, Mussy, Handt...

Williams père et fils, Walshe, Rausorne, en Angleterre, Brehmer, Wolff, Dettweiler, en Allemagne, ont rapporté de nombreux cas de guérison de phtisie pulmonaire. Tout récemment, Leudet, de Rouen, disait à l'Académie de médecine qu'il avait soigné dix-neuf phtisiques, qui tous étaient guéris depuis plus de dix ans; plusieurs s'étaient mariés et leurs enfants étaient indemnes de tuberculose; les signes physiques des anciennes lésions pulmonaires avaient disparu et ne permettaient de soupçonner qu'une induration pulmonaire.

Daremberg a soigné et guéri plusieurs phtisiques qu'il a suivis pendant une dizaine d'années. Ils ont repris leurs occupations, se sont mariés et ont eu des enfants bien portants. « Je puis même dire, ajoute-t-il, que le phtisique guéri depuis dix ans que je connais le mieux, c'est moi-même. Aussi m'est-il permis de proclamer hautement que la guérison de la tuberculose est possible.

Les cliniciens du monde entier ont aujourd'hui vérifié cette assertion.

Ainsi donc, fait inattendu et consolant, la médecine contemporaine en a appelé de l'arrêt fatal prononcé sur les tuberculeux pulmonaires et prononcé de temps immémorial. Le progrès est évident; il s'est manifesté dans toutes les directions à la fois; en même temps que nous avons appris à mieux connaître la lésion anatomique qui caractérise la maladie, ses causes, son étiologie ont été mieux établies; la prophylaxie est devenue plus minutieuse et plus efficace; en soignant les phtisiques avec une sollicitude et une conviction plus grande, on a vu la cruelle maladie suspendre sa marche, se prolonger, guérir, et aujourd'hui la curabilité de la phtisie pulmonaire confirmée n'est plus mise en doute par aucun médecin. Le

moment n'est heureusement plus où « l'on ne voyait dans le tubercule je ne sais quel parasite contre lequel on avait à lutter; on a ainsi cherché le spécifique de cette lésion prétendue spécifique; ne le trouvant pas — ce qui était impossible, — le tubercule n'étant que le produit d'une nutrition dévoyée, — on a oublié de chercher la médication des tuberculeux; et c'est ainsi que, d'inconséquence en inconséquence, on en a été réduit, avec Laennec, à faire le pronostic du fatalisme et la thérapeutique du désespoir. » (Peter.) Au lugubre nihilisme thérapeutique à peine déguisé de l'ancienne École de Paris et de Vienne, a succédé tout un système plein d'énergie, de ressources et de promesses; la voie est ouverte et chaque jour apporte des documents nouveaux qui en appellent de l'ancienne inertie et de la classique désespérance.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le tubercule, dit Virchow, est toujours une production pauvre, une néoplasie misérable dès son début. A l'époque où il commence à se former, comme toutes les néoplasies, il peut être traversé par des vaisseaux. Quand il augmente de volume, ses petites cellules nombreuses formant une troupe de plus en plus serrée, se pressent tellement les unes contre les autres, que les petits vaisseaux en sont oblitérés et que les gros troncs traversant la tumeur sont seuls conservés. Ordinairement, il se produit très promptement une métamorphose graisseuse, incomplète d'ordinaire, au centre de la nodosité, dans le point occupé par les plus anciens éléments. Alors il n'y a plus trace de liquide; les éléments se ratatinent, le centre devient jaune et perd sa transparence : c'est la métamorphose caséuse qui caractérisera plus tard les tubercules. Cette modification s'étend en dehors de cellule à cellule, et il peut se faire que tout le nodule subisse cette transformation. Cet état caséux, indice de la dégénérescence du tubercule, en est la terminaison régulière, disait-on autrefois.

Mais déjà Lebert apporte de nouveaux faits : dans l'état caséux nous ayons des particules graisseuses, or il peut advenir que des particules salines se substituent molécule à molécule aux particules graisseuses, il peut advenir que le tubercule subisse la transformation crétacée. C'est là un mode de guérison dont nous rapportons un cas. Le tubercule en

effet, devenu matière inorganique, ne participe plus aux transformations moléculaires qui sont la vie, il reste indéfiniment au repos, c'est la mort définitive pour le produit morbide, mais c'est la guérison pour l'organe envahi.

Par quel procédé s'opère cette pétrification ? Comment ces sels (chlorure de sodium, phosphate, sulfate, carbonate de soude) pénètrent-ils au centre du tissu ? Natalis Guillot attachait une grande importance au dépôt de matière charbonneuse qui, chez les vieillards, s'accumule autour du tubercule. Les molécules du charbon agissent en isolant le produit morbide, en empêchant le développement des vaisseaux nouveaux, qui, d'après les habiles injections de Schroeder van der Kolk et de Natalis Guillot, se forment constamment autour de lui. Le dépôt de cette matière paraît être, d'après Guillot, un fait nécessaire, non pas à la guérison, mais du moins pour que d'importants changements puissent être opérés dans le produit morbide. S'il en était autrement, pourquoi, au milieu de cette agglomération d'une multitude de tubercules, verrait-on, sur les points les plus éloignés du contact des molécules de charbon, la phtisie suivre dans la vieillesse la marche qu'elle affecte chez l'adulte ? Ce point est loin d'être démontré : en tout cas n'est-il pas admis par tous les auteurs. Le professeur Reviliod, dans un tout récent travail sur les conditions de la curabilité de la tuberculose, après avoir émis un grand nombre de théories, ajoute : « Notre prétention ne va pas jusqu'à proposer un traitement en rapport avec ces théories. Nous n'essaierons pas encore d'exposer nos poitrinaires aux poussières minérales pour konioser leurs poumons. Cependant le remède ne serait pas pire que le mal. Mieux vaut posséder des poumons durcis et tatoués, dans lesquels les tubercules s'enkystent et se momifient, que de les laisser envahir par ces masses caséeuses qui se ramollissent à leur aise et s'étendent sans rencontrer aucune barrière sur leur passage. »

Le tubercule peut donc se caséifier; il peut se pétrifier : il peut être transformé en bouillie jaunâtre, évacuée au dehors, constituer à sa place une excavation, une caverne. Or ces cavernes peuvent guérir.

Rogée décrit quatre modes de cicatrisation de cavernes :

« Dans une première forme on trouve, au sommet du poumon, une cavité anormale, assez régulièrement arrondie, de capacité variable, tapissée par une fausse membrane, plus ou moins dense et sèche, contenant de l'air ou un liquide séro-muqueux, ou bien encore des débris de matière tuberculeuse, et communiquant le plus souvent avec des bronches d'un notable calibre. »

Le tissu pulmonaire sous-jacent est dur, non crépitant, infiltré de matière noire; fréquemment il est froncé, ce qui prouve, dit Rogée, que la cavité a reçu un retrait sur elle-même. Dans quelques cas on y trouve des concrétions calcaires ou crétacées. Lorsque la cavité est voisine de la surface du poumon, celle-ci adhère intimement à la plèvre costale par un tissu cellulaire dense. Quelquefois elle est froncée, comme déprimée, et recouverte en même temps d'une espèce de plaque fibro-cartilagineuse, plus ou moins épaisse.

Objecterait-on, dit Rogée, que cette cicatrice, siégeant au sommet du poumon, pourrait dépendre d'une autre maladie, d'un abcès, par exemple? Or, à l'exception des abcès métastatiques, qui, probablement ne guérissent jamais, les abcès du poumon sont rares, plus rares que les cicatrices dont nous parlons, et ils ne siègent pas exclusivement au sommet du poumon.

On pourrait dire que ces cavités dépendent d'une simple dilatation des bronches; mais la fausse membrane qui tapisse la caverne diffère de la muqueuse bronchique.

Quelquefois l'excavation se comble, en totalité ou en partie, par de la matière crétacée du calcaire. Dans presque tous les

cas, des bronches et des vaisseaux plus ou moins volumineux viennent se perdre brusquement dans le kyste qui entoure les concrétions.

Le tissu environnant est plus ou moins induré, noir, imperméable, froncé à sa surface et adhérent à la plèvre costale.

Le troisième mode consiste dans le développement d'un tissu fibro-cartilagineux, résultant de la transformation subie par la fausse membrane de l'excavation. On conçoit enfin que des excavations tuberculeuses puissent se resserrer et ne laisser à leur place qu'une ligne celluleuse ou fibro-celluleuse, résultant de la simple adhérence des parois de la cavité. En résumé, transformation crétacée, cicatrisation des cavernes, tels sont les modes de curabilité de la tuberculose pulmonaire.

Sont-ils l'effet d'une tendance anormale, irrégulière, pathologique en quelque sorte, ou bien est-ce une tendance naturelle, régulière, physiologique du tubercule à devenir fibreux ?

Les mémorables travaux de Grancher (1872-1877), de Thaon, de Charcot, vont nous permettre de résoudre ce point spécial, et d'apporter quelque lumière sur cette anatomie pathologique prise en son ensemble. Grancher, en donnant du tubercule une définition nouvelle, semble s'être préoccupé de l'évolution ultérieure de la maladie. Tandis que Laennec disait : Malheur à celui qui est touché, ce que Virchow traduisait, nous l'avons vu, par la définition : Le tubercule est une néoplasie misérable, incapable d'organisation, Grancher dit : Le tubercule est un néoplasme fibro-caséux, voulant indiquer nettement que tout tubercule, quelle que soit sa forme anatomique, contient en soi, dès l'origine, le germe d'une évolution soit caséuse, soit fibreuse. Or, la sclérose étant le mode le plus commun de la guérison du tubercule, il y avait avantage à la montrer ce qu'elle est — un mode naturel — c'est-à-dire une conséquence fatale de la structure élémentaire du tubercule. S'élevant plus haut encore, d'accord en cela avec Jac-

coud, Renault, Bari, Grancher affirme que le tubercule tend tout naturellement à l'organisation fibreuse, qu'il n'est point un néoplasme incapable d'organisation; en soi le tubercule porte le germe de sa guérison, du fait même de sa structure histologique, de sa double tendance fibreuse ou caséuse, selon que la zone cellulaire ou la zone caséuse se développe plus vite.

Cette donnée nouvelle fait dire à Jaccoud, le défenseur au point de vue clinique de la phtisie caséuse: « Puisqu'il est acquis maintenant de par le microscope que ces pneumonies sont de nature tuberculeuse, qu'elles constituent une des formes les plus importantes de la tuberculisation, il est bien évident que l'interprétation nouvelle de l'histologie vient heureusement enrichir le bilan de la curabilité du tubercule, en transférant au compte de la tuberculose pneumonique les faits favorables attribués à tort à la simple caséification.

Ainsi donc, il y a un processus curateur fréquent, processus qui peut enrayer le développement du tubercule gros ou petit, à un moment quelconque de son évolution; processus qui peut le transformer en un produit inoffensif, désormais sans action sur l'organisme non plus que sur le tissu voisin.

Ce processus consiste dans la transformation fibreuse du néoplasme. Grancher dit expressément: « Ce qui en dehors des caractères anatomiques différencie l'évolution du tubercule de celle du cancer, c'est la tendance naturelle du tubercule à devenir fibreux. » C'est une transformation inhérente à la nature même de la lésion, non point un travail fortuit et irrégulier. Tout tubercule, dès qu'il naît, est soumis à deux processus opposés: l'évolution caséuse au centre, l'évolution fibreuse à la périphérie. De la prépondérance définitive de l'une ou de l'autre de ces transformations dépend la destinée de la néoplasie. Si l'évolution fibreuse est totale, elle demeure stationnaire et dépourvue de toute influence nocive, c'est la guérison.

Ce n'est pas tout, nous observons cliniquement des cas de guérisons, à toutes les phases de la tuberculisation pulmonaire; il est démontré que le processus curateur n'est point limité aux phases initiales; sans doute il est d'autant plus fécond en effets salutaires, d'autant plus apte à assurer le retour *ad integrum* de l'organe atteint que la lésion est plus voisine de son début, circonstance qui implique en outre une moindre étendue de l'altération; mais pourtant des périodes plus avancées peuvent bénéficier de ce travail réparateur; à toute époque du stade de ramollissement, alors que les parties centrales de foyers sont en plein effondrement répressif, alors que des formations tuberculeuses secondaires ont déjà pris naissance autour de la lésion primordiale, la zone la plus excentrique, la zone dite embryonnaire, qui est la zone phymatogène par excellence, peut opposer à l'envahissement du mal la barrière protectrice de la transformation fibreuse. Les parties enserrées dans un cercle défensif peuvent être ultérieurement amendées par un travail de résorption et d'élimination. Le malade est mis en état de vivre avec ses lésions tuberculeuses réduites à l'impuissance de nuire (Jaccoud). Sans doute, parfois on n'obtiendra qu'une guérison relative, mais celle-ci n'est qu'une première étape dans l'œuvre curatrice, et, après une durée variable, elle fait place à une phase plus favorable encore, la guérison définitive.

Curable dans la tuberculose granuleuse à début lent; curable par le processus fibrogène pendant la phase de crudité et durant toute la période de ramollissement, la tuberculose pulmonaire l'est encore à la période d'ulcération ou de caverne. Je résume les aspects divers que présente la caverne guérie, dont j'ai déjà dit un mot, les dispositions décrites en anatomie pathologique sont les suivantes :

1° La cavité persiste; elle est vide et communique avec les

bronches (cicatrice fistuleuse de Laennec ; le tissu périphérique est induré, infiltré de pigment et froncé par retrait ;

2° La cavité est pleine de matière tuberculeuse crétacée ;

3° La cavité est occupée par une masse fibro-cartilagineuse résultant de la végétation conjonctive de la paroi ;

4° La cavité disparaît par accollement des surfaces opposées et il reste une cicatrice linéaire et d'épaisseur variable, de consistance fibreuse, à laquelle aboutissent des bronches terminées en cul-de-sac : au pourtour existe un emphysème compensateur plus ou moins étendu ; la plèvre est épaissie, ratacinée, la paroi thoracique est déprimée, à moins que les dilatactions bronchiques n'aient comblé le vide. Au centre de la bride cicatricielle on trouve quelquefois des restes du contenu de la caverne, sous forme de bouillie ou de concrétions calcaires solides.

Dans tous les cas, la caverne guérie est entourée d'une zone de pneumonie scléreuse, qui, au début du travail curateur, a circonscrit, a enkysté la perte de substance et en a ainsi prévenu l'influence nocive sur les parties voisines.

Ces états du poumon ne sont pas absolument rares, nous en donnons une observation personnelle. Jaccoud dit les avoir rencontrés plusieurs fois à l'amphithéâtre. Brouardel dit que, chez l'adulte au-dessus de quatre-vingt-dix ans, les tubercules guéris, crétacés, fibreux ou cicatrisés au sommet du poumon, se rencontrent chez les individus qu'il autopsie dans la proportion de 60 pour 100. Rogée et Déjerine, en autopsiant des vieillards à la Salpêtrière et à la Rochefoucauld, trouvent aussi des guérisons de cavernes et de tubercules.

Je dois dire un mot de la calcification des lésions tuberculeuses en raison de l'intérêt tout spécial qui se dégage de l'autopsie que nous donnons. Ces produits calcaires sont aujourd'hui considérés comme des dérivés du tubercule. Ce sont des lésions tuberculeuses ayant eu tendance à la guérison qui se

sont terminées par une transformation cicatricielle ou caséuse. L'autopsie de C... présente le processus de guérison pour ainsi dire saisi sur le fait et avec toutes ses phases, depuis la petite caverne close et cicatrisée jusqu'à la masse crétacée calcaire, enkystée et solidifiée. Est-ce bien là un processus curatif? Oui, sans doute. L'examen bactériologique, en effet, a été fait par Déjerine dans les tubercules calcifiés et caséo-calcifiés. Dans les concrétions calcaires, il n'y a pas de bacilles. Pour les concrétions caséo-crétacées il n'y a pas de bacilles dans la matière crétacée, mais ils sont abondants dans la matière caséuse. Les bacilles disparaissent au fur et à mesure que la calcification et la formation du tissu fibreux devient plus dense et plus dure. Les bacilles semblent être englobés dans la masse calcaire, fossilisés d'abord, puis transformés et calcifiés, mais, en tout cas, incapables de contagionner, puisque leur virulence est nulle (Déjerine). Il y a donc bien lieu de considérer ici, dans notre observation, comme ailleurs, au double point de vue anatomique et biologique, la concrétion calcaire, la formation fibreuse, la suppression de la caverne par cicatrice de tissu conjonctif comme l'expression dernière d'une tuberculisation locale définitivement éteinte et ayant perdu, et complètement, toute propriété nocive.

En résumé, la phtisie pulmonaire est curable à toutes ses périodes : voilà la notion féconde qui domine toute l'histoire de la maladie au point de vue anatomo pathologique. L'incurabilité proclamée par Kenner et ses successeurs immédiats est démentie par l'anatomie pathologique ; nous verrons qu'elle l'est aussi par l'observation clinique. De plus, non seulement la tuberculose pulmonaire peut guérir, mais elle peut guérir à toutes les périodes ; à côté de ces malades, dont parle G. de Mussy, chez lesquels des cavernes ont été constatées par lui ou par des observateurs d'une autorité bien

supérieure et qui jouissent d'une bonne santé; à côté de ces malades aux lésions avancées, complètes, d'autres guérissent aussi qui font des granulies aiguës ou des granulations méningées.

GUÉRISON DANS LA TUBERCULISATION PULMONAIRE AIGUE. — Écartons d'un seul coup les cas de typho-bacillose : nous avons vu qu'ils étaient guérissables. Dareuch cite deux cas de guérison. Chez ces deux malades, des médecins fort expérimentés avaient affirmé le diagnostic de fièvre typhoïde, quand des hémoptysies successives vinrent les éclairer sur la véritable nature du mal. En ce moment les deux malades ont une phtisie à marche lente, ils ont subi victorieusement plusieurs poussées tuberculeuses fébriles, et, grâce à un traitement approprié, marchent vers la guérison définitive.

Tous les anciens, Peter, Trousseau... sont pessimistes, et la curabilité de la tuberculose aiguë généralisée est un mythe. « Ce qu'on pourrait dire de plus court et de mieux dans un tel état de choses, dit Peter, c'est qu'il n'y a rien à y faire. »

Leudet, pourtant, en 1851, croit la phtisie susceptible de guérir en tant que phtisie aiguë, c'est-à-dire en laissant au malade les chances plus ou moins incertaines qui résultent d'une tuberculisation chronique.

Quelques observations isolées de Wunderlich permettent d'admettre que les tubercules, une fois déposés, peuvent rester stationnaires et être suivis de guérison. Mais les cas dans lesquels la tuberculose aiguë subit un temps d'arrêt pour se transformer en tuberculose chronique sont certainement des plus rares.

Hérard et Cornil disent : « Il n'y a pas de maladie au-dessus des ressources de l'art et de la nature. Nous ne faisons même pas d'exception pour la phtisie dite aiguë, et cette assertion n'a rien de hasardé si l'on veut bien se reporter à l'étude

que nous avons faite des altérations anatomiques de la phthisie granuleuse généralisée fébrile, si surtout on tient compte des faits de Wunderlich, Colin, Empis.»

Mairet, dans sa thèse d'agrégation (1878), croit bien à la curabilité, mais sans préjudice des nouvelles et futures manifestations tuberculeuses. « On trouve dans les auteurs, et entre autres dans Empis, des observations qui nous semblent indiscutables au point de vue du diagnostic, et dans lesquelles on constate une amélioration telle que l'individu semble guéri ; mais, il faut bien le reconnaître, si on suit le malade après son apparente guérison, on ne tarde pas à retrouver de nouvelles manifestations tuberculeuses. La guérison n'est donc ici que temporaire. »

Les autres cliniciens, Lebert, Sick et Anderson, Potain, Bouchard... sont du même avis que Mairet.

Empis, dans le chapitre spécial de son livre sur la terminaison de la granulie par guérison, publie six observations probantes. « La granulie peut enfin se terminer par la guérison. Cette proposition trouvera plus d'un contradicteur et elle bouleversera bien des idées courantes. »

Jaccoud, d'abord très pessimiste, devient de moins en moins pessimiste et cite plusieurs cas de guérison : guérison complète, transformation en maladie chronique, telles sont les possibilités qui atténuent dans une faible mesure l'arrêt d'incurabilité absolue contre la forme aiguë de la tuberculose miliaire, etc.

Donc, cette affection peut guérir, ou au moins elle peut subir un temps d'arrêt, tel que l'état dans lequel se trouve le malade ne peut porter d'autre nom que guérison apparente, mais guérison. Conclusion que confirme l'anatomie pathologique, comme nous l'avons vu, et que confirme enfin la clinique.

Donc, pour résumer ce chapitre anatomo-pathologique, je

dirai: Le mécanisme de la guérison de la tuberculose ne fut réellement connu qu'après les recherches de Grancher et Charcot.

Le tubercule a autant de tendance à se caséifier, c'est-à-dire à se ramollir et à s'ulcérer, qu'à devenir fibreux, c'est-à-dire à se cicatriser. La fibro-formation, la sclérose, peuvent succéder à la caséification, soit en produisant la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses, soit en provoquant l'enkystement des foyers caséeux qui se transforment en masses inertes, indifférentes pour l'économie. Le tubercule peut aussi devenir fibreux d'emblée, sans passer par la caséification, la zone embryonnaire périphérique et la partie centrale subissant l'évolution fibreuse; lorsque la partie centrale du tubercule s'est caséifiée, la zone périphérique des cellules embryonnaires peut disparaître, pour faire place à un tissu dense composé de lamelles fibreuses, dans l'intervalle desquelles on distingue à peine quelques éléments cellulaires, quelques cellules géantes; et, comme des vaisseaux se sont développés dans cette zone, elle échappe à la caséification.

Cette sclérose périphérique enkyste la partie centrale et caséifiée du tubercule, qui se transforme en un mortier plus ou moins calcaire, ou en un véritable calcul, qui peut à la rigueur (cas de Doullion) s'éliminer par les crachats. Pendant que ce travail s'opère, il y aurait, d'après Renaud, lutte entre deux tendances inflammatoires opposées dans leurs effets: l'inflammation spécifique qui tend toujours à reparaître et à caséifier les tissus, et l'inflammation non spécifique causée par l'irritation des tissus par les bacilles n'agissant que comme corps étrangers, origine de la fibro-formation. Hunts (de Londres) prétend que les substances provenant du bacille mort produisent la transformation fibreuse des tissus.

D'après les travaux de Laennec, surtout de Charcot, on sait que les cavernes elles-mêmes se cicatrisent. Quand le

tissu pulmonaire caséifié et mortifié est éliminé, il est remplacé par un revêtement de tissu embryonnaire sous lequel font saillie de véritables bourgeons charnus. Le tissu pulmonaire subit, sur une épaisseur variable, un travail d'inflammation chronique. Il se forme ce que Laennec appelait une membrane demi-cartilagineuse. La cicatrice est définitivement obtenue quand la caverne est tapissée de toutes parts de tissu fibreux organisé, et se transforme, selon l'expression de Cruveilhier, en un véritable sinus aérien qui peut communiquer ou ne pas communiquer avec les bronches.

La calcification du tubercule pulmonaire n'est pas rare chez l'homme.

Toutes ces formes de phtisie pulmonaire sont guérissables. Si toutefois l'anatomie pathologique est riche de travaux et de faits acquis pour la curabilité de la tuberculose, c'est surtout de la tuberculose chronique, subaiguë, lente, qu'il s'agit. Quant à la phtisie aiguë ou subaiguë, les faits ne sont point aussi nombreux. Toutefois, c'est une phtisie ordinaire que cette phtisie rapide évoluant en quelques semaines au lieu de durer quelques années.

Quelles sont donc les preuves de curabilité de tuberculose aiguë à localisations multiples tirées de l'anatomie pathologique.

Certaines observations relatent bien des autopsies dans lesquels on a trouvé au sein des organes des granulations miliaires disséminées guéries; mais dans aucune on n'avait noté d'une façon bien nette le passage de la granulation aiguë dans les antécédents du malade. Empis cite une observation où il a trouvé aussi la trace d'anciens tubercules guéris: il s'agit d'un vieillard de soixante ans, mort d'une maladie de Bright, à l'autopsie duquel il trouva, « à la surface de la rate, un grand nombre de granulations aplaties et devenues fibreuses, et des adhérences cellulaires au niveau des plaies pariétales,

pulmonaires et interlobaires, sur lesquelles se trouvaient de petites granulations laiteuses, aplaties et très dures.» Il y avait aussi, au sommet des poumons, quatre ou cinq cicatrices fibreuses, avec une demi-douzaine de tubercules pierreux, de la grosseur de petits pois. A la base des poumons, même constatation de petites granulations arrondies et dures.

Évidemment, chez cet homme, il avait eu autrefois une poussée de tuberculose miliaire aiguë, mais Empis ne relate aucun renseignement sur les antécédents. La preuve reste donc incomplète.

Lebert rapporte que, dans quatre autopsies, il a constaté une tuberculose miliaire disséminée guérie; les résidus de la maladie présentaient les caractères d'un poumon complètement détruit.

Cas identique de Sick.

Mais à tout cela manque la sanction clinique. Retenons ce fait important : l'arrêt et la réparation de la tuberculose miliaire aiguë sont possible.

III

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue plus spécialement clinique, il y a lieu de nous demander maintenant comment guérissent les tuberculoses pulmonaires; par quelles phases passe le porteur du tubercule pour arriver à récupérer sa force, son énergie, sa santé. Le processus curateur du tubercule, nous l'avons étudié et décrit; à côté du tubercule, il y a le terrain sur lequel il se développe, il y a l'organisme, il y a le tuberculeux.

D'abord, prenons le phtisique chronique. — Sa toux diminue insensiblement, puis disparaît; les crachats redeviennent muqueux; les sueurs, la fièvre, cessent; le malade récupère les forces et l'embonpoint.

Les signes physiques disparaissent quelquefois complètement, mais il est beaucoup plus fréquent de constater au sommet du poumon les manifestations de cirrhose pulmonaire avec dilatation des bronches, auquel cas le malade accuse les troubles généraux et fonctionnels de cet état morbide.

Il n'est pas impossible que des tubercules se développent plus tard dans le tissu fibreux de guérison, ou autour de ce tissu, ou bien la diathèse suscite une nouvelle évolution de tubercules dans les parties du poumon qui étaient restées indemnes. Ces rechutes se produisent quelquefois à des intervalles assez éloignées.

On admet, dit Hanot, que la phtisie acquise a plus de tendance à guérir que la phtisie arthritique, surtout que la phtisie

scrofuleuse : il est rationnel d'admettre que la phtisie sera moins grave chez un individu dégagé de toute disposition morbide constitutionnelle, que chez un individu déjà épuisé par l'arthritisme, la scrofule.

Walshe a donné d'intéressants détails sur la symptomatologie de la phtisie qui guérit et qu'il appelle phtisie régressive :

« Les signes qui annoncent qu'une phtisie est enrayée et qu'elle marche vers la guérison varient tellement suivant le degré de la maladie et les conditions dans lesquelles elle se trouvait au moment où elle a cessé de faire des progrès, aussi bien que suivant le temps qui s'est écoulé entre le moment où la phtisie a cessé de progresser et celui où l'on a examiné les malades, qu'on ne saurait rien dire de précis et de général sur ce point. Aussi me bornerai-je à donner une idée de quelques-unes des remarques particulières que j'ai pu faire.

Une dépression notable des régions sous-épineuses, sus et sous-claviculaires ; une expansion diminuée ; une respiration affaiblie et dure ; matité plus ou moins complète ; une augmentation des vibrations thoraciques et une forte résonnance de la voix, tels sont les signes que m'a présenté un sujet chez lequel s'était produit dix-huit mois auparavant un ramollissement peu étendu.

Dans un autre cas où les signes du ramollissement s'étaient manifestés six mois avant l'examen, je constatai une dépression analogue, de la matité, des craquements secs qui se percevaient dans les inspirations profondes ; le bruit respiratoire était affaibli et rude.

Une autre fois, je trouvai une absence de son au sommet, un peu de respiration bronchique et des craquements profonds pendant l'inspiration. Neuf mois auparavant, il y avait des signes manifestes de ramollissement et les symptômes généraux et locaux semblaient faire présager une issue promptement funeste. J'ai su depuis (il y a sept mois) que la santé de

ce malade était excellente, et qu'il ne présentait d'autres symptômes du côté de la poitrine qu'un peu de toux survenant de temps en temps.

Dans ces trois cas, il semble y avoir suspension ou même régression plus ou moins parfaite d'une phtisie au second degré. En voici un autre exemple : Une jeune fille de quinze ans, dont l'une des sœurs avait succombé à une phtisie rapide, fut atteinte en 1850 d'une kératite scrofuleuse, d'un énorme engorgement des ganglions cervicaux, et de symptômes annonçant une tuméfaction des ganglions bronchiques. En même temps je constatai, en avant et en arrière, de la matité au sommet du poumon gauche, de la respiration bronchique, une augmentation dans la résonnance de la voix, de gros râles humides, une expectoration purulente, et, une émaciation notable. En 1853, elle présentait tous les attributs de la santé ; ses glandes avaient repris leur état normal, et, sauf un peu d'affaiblissement de la respiration vers le sommet gauche, on ne constatait plus un seul signe physique de tuberculisation. En octobre 1854, elle était devenue extrêmement grasse. En mars 1855, il y avait une matité très manifeste, au niveau de la fosse sus-épineuse gauche ; elle était moins marquée dans la région sous-claviculaire gauche, légère dans la même région à droite ; la respiration était affaiblie sous la clavicule gauche ; elle avait un ton élevé, et elle était mêlée de petits craquements secs et humides.

J'ai vu récemment un cas dans lequel, ayant constaté de la matité à la percussion sous la clavicule, un timbre légèrement tubaire et le caractère sec et cavernéux de la respiration, avec résonnance vocale diffuse, j'ai pu induire des renseignements qu'on me donna que la malade avait traversé quatre mois auparavant des accidents aigus. A une période avancée, les signes peuvent rester les mêmes. C'est ainsi que j'ai vu, en 1853, une jeune fille que j'avais connue six mois auparavant

avec une caverne dont l'affection reconnaissait une origine remontant à quatre ans plus haut et qui offrait encore comme signe d'excavation une respiration creuse avec bruit tubaire de percussion ; mais il y avait peu de râles et la poitrine avait perdu un peu de l'aplatissement qu'elle présentait jadis.

Le retrait d'une large caverne à gauche peut faire remonter le cœur d'une façon extraordinaire. J'ai vu, il y a peu de temps, un cas de ce genre dans lequel les battements du cœur étaient perceptibles dans le premier espace et pouvaient être sentis positivement, quoique faiblement, au niveau de la première côte. Au fur et à mesure que la rétraction se produit, le bruit d'expiration peut s'élever sensiblement.

Chez un malade, la respiration était laborieuse et saccadée, faible et bronchique ; mais il n'y avait ni craquements ni râles d'aucune sorte, et la percussion n'accusait qu'une légère diminution de la sonorité. Il y avait eu, deux mois auparavant, une beaucoup plus grande matité, une respiration soufflante et diffuse, avec bruit de roue d'engrenage, en même temps que les symptômes généraux d'une tuberculisation avancée. La congestion avait probablement disparu et les tubercules étaient devenus stationnaires.

Dans ces derniers temps, j'ai vu quelques individus issus de parents phtisiques ayant présenté à l'un ou l'autre sommet des signes physiques d'induration, et chez lesquels, les symptômes de phtisie s'étant montrés, tout avait disparu ensuite ; il ne leur était plus resté que de la rudesse respiratoire. Je considère ces cas comme des exemples, non seulement de tuberculisation, mais de phtisie au premier degré prenant une marche régressive. »

J'ai donné d'une façon complète le texte de cet auteur, parce qu'il résume bien la symptomatologie générale de la tuberculose pulmonaire régressive. Jaccoud, tous les auteurs qui se sont occupés de la question, ont donné aussi de saisissants tableaux de ces cas de guérison.

Étudions maintenant les conditions qui influent sur la curabilité.

α) *Étiologie.* — Étiologiquement, la phtisie pulmonaire peut être héréditaire, acquise, innée. En outre, on a distingué des phtisies scrofuleuse, arthritique, diabétique, syphilitique.....

Avant tout, dit Jaccoud, de quelque forme, de quelque malade qu'il s'agisse, les chances de guérison sont en raison inverse de l'âge de la maladie et de l'étendue des lésions. Nous souscrivons pleinement à cette opinion, bien que, nous l'avons vu, les cas de tuberculose guéris tout à fait au début ne soient pas l'exception complète et absolue. Plus, en effet, la maladie est ancienne, plus l'état constitutionnel est altéré, et le degré de cette altération domine toute la curabilité; la réparation, d'autre part, est d'autant plus incertaine que les lésions à réparer sont plus nombreuses et plus étendues.

β) *Phtisie héréditaire.* — C'est celle qui offre le moins de chances de guérison, parce que la disposition vicieuse de l'organisme à faire du tubercule est ici au maximum de puissance; parce qu'aussi elle s'exprime, lorsqu'elle est héréditaire, par la forme granuleuse, au moins très souvent; forme granuleuse qui guérit, mais moins fréquemment que la forme massive.

γ) *Phtisie innée.* — Elle est un peu moins incompatible avec l'idée de curabilité, parce qu'elle réalise plus rarement la forme granuleuse.

δ) La phtisie acquise idiopathique est de toutes la plus favorable, quelle qu'en soit la forme anatomique, granuleuse ou pneumonique, parce que dans ce cas la tuberculose est accidentelle, point inhérente à la constitution même de l'individu, d'un caractère très contingent. La situation est

bien meilleure que dans les formes précédentes. Lorsqu'elles sont indépendantes de toute maladie constitutionnelle actuelle ou antérieure, elles sont plus justiciables que toutes les autres d'un traitement bien dirigé.

La phtisie scrofuleuse serait pour les uns la manifestation la plus tardive et la plus accentuée de la scrofulose ; pour d'autres, scrofule et tuberculose seraient synonymes... Disons simplement que la scrofule, très certainement identique à la tuberculose, a une évolution lente qui peut permettre de réaliser la curabilité.

La tuberculose se développant sur un fonds arthritique est caractérisée par des temps d'arrêt, des poussées paroxysmiques, au point de vue clinique ; par la transformation fibreuse et la guérison complète, au point de vue anatomo-pathologique (Potain, Latil).

La tuberculose pulmonaire chez un diabétique, au contraire, n'est pas curable.

Quelques auteurs décrivent une tuberculisation spéciale du poumon chez les herpétiques. Pour nous, chez tous les arthritiques, chez tous les ralentis de la nutrition, qu'ils soient eczémateux, rhumatisants, migraineux, emphysémateux, herpétiques, obèses... chez tous ceux où la nutrition est ralentie, retardée, il est un mode spécial, particulier de la tuberculisation pulmonaire. C'est précisément un des caractères de cette phtisie des arthritiques d'évoluer lentement, doucement, de circonscrire ses lésions en des points très localisés, de permettre, en un mot, et par ses syndromes cliniques et histologiques, une curabilité à peu près assurée, ou au moins des temps d'arrêt, des guérisons stationnaires conduisant à la guérison définitive (Latil, Hirtz).

L'association tuberculo-syphilitique peut se faire de deux façons :

1° La syphilis survient chez un tuberculeux avéré ;

2° La tuberculose apparaît chez un syphilitique.

1° La syphilis qui éclate chez un phtisique aggrave la tuberculose. En tant que maladie infectieuse, elle débilite l'organisme et aggrave, par suite, l'affection primitive. De plus, les symptômes de la syphilis s'ajoutent à ceux de la tuberculose, d'où exagération du mauvais état général. Enfin il faut avouer que, dans certains cas, un traitement antisiphilitique mal dirigé peut augmenter encore la détérioration de l'économie ;

2° Lorsque la tuberculose apparaît chez un syphilitique, — et il est démontré que les lésions syphilitiques préparent le terrain pour l'évolution du bacille de Koch, — elle est dangereuse et très difficilement curable, parce qu'elle suppose déjà un état général mauvais (Potain).

Tels sont les éléments formés par l'étiologie. On a été plus loin encore. On a trouvé des antagonistes de la tuberculose. Les affections cardiaques, l'alcoolisme... seraient des antagonistes. Voici comment nous résumerons l'état actuel de la question, d'après le très intéressant travail du professeur Revilliod : « S'il est des maladies qui favorisent l'évolution de la tuberculose, telles que la grippe, la rougeole, la coqueluche, la diphthérie, la syphilis, l'alcoolisme, le diabète, l'hystérie (Grasset), il en est d'autres qui sont, au contraire, antituberculeuses, agissant spécifiquement sur le terrain pour annuler ou diminuer sa réceptivité. Revilliod compte dans le nombre la scarlatine, la dothiéntérie, la chlorose, le rhumatisme, et dans son acception générale l'arthritisme et ses dépendances, dans lesquelles le brightisme occupe une large place. Il existe nombre de conditions anatomiques qui agissent directement sur l'organe, modifiant son tissu de manière à le rendre impropre à l'évolution de la tuberculose. Ce sont :

1° Le processus scléreux ou la diathèse fibroïde. Considérée dans le poumon en particulier, la sclérose peut être pri-

mitive, constitutionnelle, comme elle peut être la conséquence de lésions banales du parenchyme pulmonaire. Antérieure à la tuberculose, elle l'empêche de se développer; postérieure, elle arrête son développement. Ainsi se comporte la phtisie des mineurs, des mouleurs, des faïenciers (Thèse de Paris, 1892, Paté). Ajoutons-y le saturnisme, ce qui explique le traitement jusqu'ici empirique de la tuberculose par le plomb. La sclérose représente le procédé de cicatrisation de la tuberculose, quelle que soit la cause thérapeutique ou spontanée qui a déterminé cette cicatrisation. C'est à elle qu'a recours Lannelongue, pour la guérison des tuberculoses externes. C'est elle que le médecin doit chercher à produire dans la cure des tuberculoses viscérales ;

2° L'emphysème. — L'emphysème est rare chez le tuberculeux. Lorsqu'il existe, il témoigne d'un effort vers la guérison, et se combine souvent avec la sclérose. Ce que Hirtz a parfaitement étudié dans sa thèse inaugurale ;

3° La bronchite putride, la gangrène pulmonaire, ne se développent généralement pas chez les tuberculeux, et ne se compliquent pas de tuberculose. Le professeur Revilliod apporte une observation de tuberculose pulmonaire, guérie chez un homme mort de gangrène pulmonaire.

L'appel du processus tuberculeux sur un autre point de l'organisme arrête la tuberculisation au premier point envahi. Revilliod cite une observation qui offre ce spectacle curieux d'une arthrite tuberculeuse suppurée, opérée à plusieurs reprises, restée fistuleuse, qui sèche au moment d'une invasion de symptômes cérébraux. Ces symptômes méningitiques cèdent à leur tour pendant la formation d'un abcès de fixation. Celui-ci terminé, un envahissement pulmonaire se révèle par la toux, l'expectoration avec bacilles de Koch. Un second abcès térébenthiné semble éteindre de nouveau toute manifestation cérébrale et pulmonaire, action qui ne fut malheu-

reusement que passagère, et impuissante contre ces atteintes multiples et successives de divers appareils.

Nous rapportons l'observation personnelle et inédite de R. C., nous y verrons que cette malade, bacillaire actuellement, fut améliorée par les injections de Lannelongue. Elle avait un clapier tuberculeux de tout l'avant-bras jusqu'au coude : fistules, pus, bacilles de Koch... Les injections amènent la formation de tissu scléreux qui limite les foyers de suppuration. Et alors se produisent les faits suivants : les lésions pulmonaires s'aggravent ; la fièvre arrive ; les craquements se font entendre aux sommets ; la malade a des hémoptysies..., alors la lésion de l'avant-bras est sèche, normale ; les lésions pulmonaires s'amendent ; la poussée paroxystique diminue d'intensité, la fièvre s'atténue..., alors il se forme à l'avant-bras de la rougeur, de la chaleur, de la fluctuation ; l'avant-bras gonflé, tuméfié, rouge, est le siège de violentes douleurs..., et ainsi de suite, avec du reste des moments de répit de plusieurs mois, se reproduit cette alternance des symptômes bacillaires, tantôt pulmonaires, tantôt brachiaux.

Rendu, du reste, en ses *Leçons de clinique médicale* de 1890, a particulièrement insisté sur ces faits. Rien n'est plus piquant que de voir le tableau clinique d'un poitrinaire changer du jour au lendemain — c'est parce que l'acte morbide, la métastase, se sont transportés ailleurs.

Chez la malade de Revilliod, comme dans notre cas personnel, la dyspnée, l'expectoration, la toux, cessent comme par enchantement, disparaissent totalement. Mais ce seront des symptômes cérébraux, ou péritonéaux, ou pleuraux, même péricardiques (cas du docteur Audéoud), qui vont entrer en scène.

Comme Fochier l'a préconisé pour la pneumonie, n'y aurait-il pas un beau parti à tirer de ces révulsions spontanées et un encouragement à chercher à créer des révulsions artifi-

cielles en appelant, puisque appel il y a, le mouvement morbide, la métastase, sur un point indifférent et par lui-même peu dangereux ?

5° Le pyothorax n'accélère pas la marche du tubercule, au contraire, et si le malade qui en est porteur peut être mis dans des conditions de curabilité, le malade guérira, et de sa pleurésie purulente, et de sa tuberculose. Netter disait un jour que, chez ses pleurétiques tuberculeux, il préférerait avoir affaire à du pus qu'à du sérum. Faut-il revenir sur ce que nous avons déjà dit ? Un tuberculeux qui suppure prend les allures d'un scrofuleux. Or la scrofule, avons-nous dit, est pour quelques-uns l'atténuation de la tuberculose (Astoniz). C'est donc un gain pour le malade qui modifie et bonifie son terrain. On est allé plus loin. Pour Suchard, la suppuration est un mode de guérison naturelle des engorgements scrofuleux. Marfau, enfin, ne prétend-il pas que cette guérison réalisée par le pus donne du même coup l'immunité pour la phtisie pulmonaire ?

Quelle que soit la valeur des interprétations, le fait est démontré : le pyothorax arrête la marche de la tuberculose.

6° Le pneumothorax arrête aussi immédiatement la marche de la tuberculose du poumon, du côté envahi et même du côté opposé. Le poitrinaire qui a résisté au pneumothorax ou au pyo-pneumo-thorax a donc gagné, du fait de ces complications, des conditions de curabilité dont il ne jouissait pas auparavant, et ceci n'est pas un paradoxe. Rouanet en 1883, Greimer en 1891, Prat en 1892, ont repris les observations de Czernicki, qui datent de 1872. Ces auteurs concluent dans leurs thèses que le pneumothorax arrête le développement de la tuberculose pulmonaire en déterminant l'immobilisation et l'anémie de foyers atteints.

Hérard, Toussaint, Merklen, Richardière, Netter et Rendu, Labbé, émettent une opinion favorable, apportent des faits, notent le retour de l'appétit, de l'embonpoint, la cessation de

la diarrhée et des sueurs profuses, l'amélioration de la dyspnée, de l'expectoration et de la fièvre hectique.

Picot (de Bordeaux) consacre, en 1891, une clinique à cette question. Bernheim dit que la tuberculose compliquée de pneumothorax peut rester stationnaire.

Je pourrais multiplier les faits et citer des travaux récents, mais ce serait trop m'étendre sur un sujet spécial qui doit avoir une place dans l'étude de la curabilité pulmonaire, mais non toute la place. Je finis en disant un mot des diverses interprétations qui ont été données de cette action d'arrêt du pneumothorax.

Hérard, Labbé, Rendu, admettent que la curabilité est en rapport avec la compressibilité du poumon ; or, dans le pneumothorax, le poumon et ses cavernes sont comprimés par l'air qui a fait irruption dans la plèvre.

Le repos de l'organe compromis déterminerait, pour Revil-lod, de la même manière, l'immobilisation et l'anémie des foyers atteints, combattrait et préviendrait les congestions et les hémoptysies.

Enfin, on a invoqué le contact de l'air avec la surface du poumon.

De cette étude résulte donc cette conclusion, au moins aussi inattendue qu'agréable, que le pneumothorax est un moyen précieux pour mener un tuberculeux à la guérison.

Anatomiquement, au total, il y a des conditions telles, qu'elles ont sur le poumon une action directe, immédiate, de façon à modifier le tissu pulmonaire et à le rendre impropre à l'évolution de la tuberculose.

Citons rapidement les entités morbides antagonistes de la tuberculose ou qui lui sont incompatibles.

On n'a jamais vu de manifestation scrofuleuse ou tuberculeuse succéder à la scarlatine.

On en disait autant pour la fièvre typhoïde : des opinions

adverses se font de plus en plus nombreuses. Toutefois il y a des faits absolument probants. Telles les 2 observations de Revilliod: une malade fait à neuf ans une fièvre typhoïde. Elle meurt d'urémie, et à l'autopsie on trouve une tuberculose guérie. Un malade meurt de fièvre typhoïde à la cinquième semaine. A l'autopsie, on constate la présence de quelques tubercules anciens, crétacés, en voie de guérison. Enfin, sur les 789 tuberculoses guéries du mémoire d'Heitter, la dothiènement-térie fournit 14 cas.

Nous pouvons citer un cas très intéressant de typho-bacillose qui se termine par la guérison. Une jeune fille de seize ans fait une typho-bacillose dans les conditions et dans les formes que nous rapporterons tout au long dans notre observation inédite. Or actuellement, cette jeune fille, à antécédents maternels déplorables, à antécédents personnels semblant la vouer à la mort, cette jeune fille a repris son embonpoint et ses couleurs rosées, son entrain et sa gaieté, a réalisé un état général excellent avec un retentissement local de sa typho-bacillose traduite par quelque obscurité aux sommets et un peu de longueur dans l'expiration. Elle s'achemine vers la guérison définitive.

A ce résultat, fourni par la clinique pure, auquel nous apportons notre cas absolument récent, puisque la maladie s'est déroulée pendant que nous faisons notre thèse, la statistique vient encore fournir de puissants arguments.

Comparons à cet effet la mortalité par tuberculose, pendant une épidémie de fièvre typhoïde, à celle que fournit une épidémie de grippe (d'après Revilliod). En 1884, Genève éprouva la plus forte épidémie de fièvre typhoïde qu'elle ait jamais connue: il y eut 773 cas de tuberculeux typhoïsants et 83 décès. En 1890 eut lieu l'épidémie de grippe: 206 malades phtisiques furent grippés, 93 décès se produisirent.

« La tuberculisation, dit Thirial, succède rarement à la fiè-

vre typhoïde, même dans les cas où les complications du côté de la poitrine ont été les plus intenses et les plus prolongées. »

Pidoux déclare qu'il serait presque tenté de croire que la chlorose vraie et franche exclut la phtisie ; il s'agit de chloroses vraies non strumeuses, non dyscrasiques, qui supportent bien le fer et le quinquina. Le docteur Jourdanel a défendu avec d'autres explications que les deux maladies peuvent guérir l'une par l'autre. Le jour, dit-il, où vous aurez pu parvenir à assurer dans une vaste pièce un courant d'air, y maintenant sans cesse une atmosphère appauvrie du tiers de son oxygène, vous aurez guéri la moitié des poitrinaires.

Boudin, le premier, proclama l'antagonisme entre la phtisie pulmonaire et l'impaludisme ; immédiatement il eut des adversaires. Pidoux essaya de les mettre d'accord. Dans toute son intensité, dit-il, l'impaludisme exclut la phtisie ; lorsqu'il s'use, dégénère, ou est d'une faible intensité, il ne fait qu'antagoniser incomplètement et restreindre plus ou moins la marche naturelle de la phtisie.

Voilà, d'une façon forcément écourtée, le petit chapitre des entités morbides antagonistes de la tuberculose. Retenons bien le fait que la typho-bacillose peut guérir et amender les lésions pulmonaires.

Outre les questions d'antagonisme, de réceptivité et d'immunité, conclut Revilliod, il y a encore à considérer en clinique les mille formes, dans leur variété et leur intensité, que peut revêtir n'importe quelle maladie, et la tuberculose en première ligne, si bien qu'il n'y a pas deux malades identiques. Or ce fait provient, non seulement de la quantité et de la qualité du virus microbien, lesquelles varient à l'infini, mais des terrains en présence du même virus, se comportant chacun à sa façon. Si un même microbe fait tantôt une tuberculose aiguë ou chronique, locale ou générale, curable ou in-

curable, ou s'il ne fait rien du tout, restant indéfiniment latent, c'est parce que le terrain accepte ou refuse, exalte ou atténue, modifie et dirige, selon ses aptitudes, les opérations offensives de ce microbe. Et lorsque, chez le même individu, porteur de son même microbe, nous constatons des trêves plus ou moins prolongées, il faut bien croire que c'est le terrain qui a reçu du renfort, dont il va bénéficier plus ou moins longtemps, car on ne peut guère admettre que cette suspension des hostilités soit due à la fatigue de microbes qui renoncent à la lutte et demandent grâce.

Or ces aptitudes qui rendent l'organisme, ou tout à fait réfractaire ou tuberculisable plus ou moins, ces aptitudes sont la résultante de toutes les influences venues du dehors, du milieu extérieur.

L'étude des conditions qui influent sur la curabilité de la tuberculose ayant été abordée, quant à l'étiologie, aux immunités, aux antagonismes, doit être complétée par les données fournies par les phénomènes symptomatiques, et terminée par un mot très court du pronostic et du diagnostic. Ces deux subdivisions, en effet, se dégagent de l'ensemble général, et les étudier à fond serait nous exposer à des redites inutiles.

SYMPTOMES. — Les accidents gastro-intestinaux sont d'une gravité considérable, en raison directe de leur précocité et de leur persistance; ils augmentent, en effet, les déperditions organiques, entravent l'alimentation, empêchent l'absorption des agents thérapeutiques.

Les accidents laryngés aggravent l'état de consommation, s'il existe, ou bien en précipitent l'apparition et le font naître.

Les hémoptysies foudroyantes peuvent brusquement enlever le malade. Les hémoptysies de moyenne intensité n'ont pas une symptomatologie bien funeste; elles ne permettent pas, du reste, d'abandonner l'idée de guérison. L'hémoptysie

du début est un phénomène salulaire, parce que, dans cette période initiale, le danger est dans les poussées congestives, et que l'hémoptysie dissipe une fluxion menaçante.

Quant aux hémoptysies non initiales, pour les juger, il faut faire entrer en ligne de compte un grand nombre d'éléments, d'abord la fréquence, l'abondance, l'état local du poumon, l'état général de l'organisme ; chez un apyrétique, l'hémoptysie n'a pas de valeur ; chez un tuberculeux fiévreux, elle aggrave la situation.

L'amaigrissement est un symptôme non moins inquiétant pour l'appréciation de la curabilité ; s'il est passager, s'il trouve une explication possible dans une complication aiguë, dans une longue fièvre..., il n'a pas de signification absolument grave et n'indique qu'un retard dans le processus curateur. S'il est précoce, s'il n'est dû qu'à la tuberculisation, alors la curabilité est compromise de la plus singulière façon.

La fièvre, tant qu'elle existera, arrêtera l'évolution curative. Jaccoud accorde une grande valeur au symptôme tiré de l'excitabilité névro-vasculaire. Avec un état général assez satisfaisant, des lésions circonscrites et stationnaires, néanmoins la situation du tuberculeux névropathe, ou en proie à l'éréthisme vasculaire, va prendre une gravité incomparable, absolument opposée à toute idée de curabilité, et même d'amélioration.

Toutes ces données étiologiques et symptomatiques ont une valeur considérable ; quelque grave qu'elle soit, cette importance n'en est pas moins subordonnée à l'état général du malade et aux inflammations intercurrentes.

α) Les épisodes aigus, congestifs ou inflammatoires, précipitent l'évolution des lésions précédentes ; si ces assauts sont fréquemment renouvelés, ils suffisent par eux-mêmes pour annihiler toutes les chances heureuses.

β) Quant à l'état général, à l'état des forces, il est d'un im-

portance capitale, il domine la situation. C'est l'énergie vitale du malade qui résiste, c'est la force organique qui reste, c'est elle qui répare; c'est l'état général qui donne à chaque instant le bilan exact de la situation et la mesure des chances de guérison. Tout le reste peut être excellent: si l'état général constitutionnel n'est pas capable d'une restauration, le tuberculeux ne pourra pas lutter, s'il entreprend la lutte il sera vaincu. Partout et toujours l'état de la nutrition, l'état des forces tient la première place, de sorte que, sans nier en aucune façon l'importance des sources générales de jugement, je n'hésite pas, dit Jaccoud, à dire que l'appréciation de curabilité est un problème purement individuel qui surgit dans une intégralité toujours renaissante, à l'occasion de chaque malade. Le pronostic pathologique fléchit devant le pronostic clinique. Le traitement enfin entre pour une large part dans les conditions de curabilité. Il n'est pas possible en ce chapitre de passer tout en revue: la direction, la sagacité, la persévérance des efforts thérapeutiques..... Daremberg, dans son bel ouvrage, a prouvé la nécessité, la nécessité absolue de le placer presque en première ligne, au premier rang des conditions qui influent sur la curabilité.

PRONOSTIC. — Lorsqu'on aura réussi à triompher des complications inflammatoires, et que le malade aura recouvré ses forces et son embonpoint à un degré assez marqué, quel est le pronostic que devra porter le médecin sur l'évolution future de la maladie et les chances de récurrence? Cette question, il n'y a guère que Niemeyer (cité par Cornil et Ranvier) qui d'abord l'ait abordée. Les chances de récurrence seront d'autant plus grandes que les complications inflammatoires auront été plus étendues et que leur durée aura été plus grande, c'est-à-dire que les foyers caséux auront été plus nombreux et plus étendus. Si donc le médecin a eu à traiter un malade d'une

famille dont les membres sont prédisposés à la tuberculose, et que chez son malade les phénomènes généraux aient débuté tout d'abord (amaigrissement, décoloration des tissus, sueurs nocturnes, diarrhées intermittentes), si le médecin a été assez heureux pour relever les forces du malade et éviter les inflammations broncho-pulmonaires, il devra porter un pronostic bien plus favorable que s'il avait réussi à relever les forces et l'embonpoint et à guérir des complications phlegmasiques de longue durée.

Plus on sera près du début, plus la guérison sera facilement obtenue (obs. de Laënnec et de Pastré).

Dans l'appréciation si délicate des chances et des possibilités de la guérison, deux considérations priment tout. Ces deux éléments dominateurs sont, pour Jaccoud, l'état général du malade, les inflammations intercurrentes.

α) Les phlegmasies précipitent l'évolution des lésions préexistantes, favorisent par la congestion même la formation des lésions similaires, sont toujours pour le malade l'occasion et la cause d'un nouveau pas en avant dans la déchéance organique.

β) L'état des forces, l'état général domine, à lui seul toute la situation. Or cet état constitutionnel est un fait purement individuel, les conclusions qu'on en peut tirer varient avec chaque malade, puisqu'elles reposent sur la comparaison de l'état général avec l'état, la marche antérieure et l'évolution probable des lésions pulmonaires; d'où il résulte que l'élément fondamental du pronostic est tiré de l'individu malade et non pas des données générales fournies par l'étiologie, par les symptômes ou telle autre des conditions exposées plus haut. L'appréciation de la curabilité, dit Jaccoud, est un problème purement individuel qui surgit dans une intégralité toujours renaissante, à l'occasion de chaque malade, de son mode de vie, de l'état de ses forces, du traitement qu'il a subi ou qu'il subit encore...

Le pronostic pathologique fléchit devant le pronostic clinique.

Voilà pour le pronostic spécial, particulier, individuel, dirai-je. Mais le tubercule n'est pas isolé; il vit au milieu d'êtres humains. Quel sera le pronostic? Déplorable, au dire des uns. L'homme tuberculeux, la femme tuberculeuse, même guéris, peuvent donner naissance à des enfants tuberculeux. Nous ne pensons pas ainsi. Il est absurde, dirons-nous avec Daremberg, d'accepter théoriquement cette proposition. Un tuberculeux guéri n'est plus tuberculeux, donc il ne peut pas donner une maladie qu'il n'a pas. Mais ne lui restera-t-il pas, à cet homme guéri, dans quelque coin caché de son organisme, des bacilles, bacilles qui peuvent se reproduire, qui peuvent infecter la semence, ou, traversant le placenta, infecter le fœtus?

Or les travaux de Malvoz, de Sanchez-Tolède, ont démontré, par de nombreuses expériences sur les animaux, que le bacille de Koch ne franchissait pas le placenta maternel, et que jamais le fœtus n'était infecté de tuberculose.

D'autre part, quand les tuberculeux sont guéris, s'ils n'expectorent jamais, ils ne peuvent plus être l'agent de transmission de la maladie, d'une maladie qu'ils n'ont pas. Et même, auraient-ils dans quelque coin reculé de leur organisme un foyer latent de culture tuberculeuse, ils n'éliminent plus de virus tuberculeux: ils ne peuvent donc plus contagionner.

Un tuberculeux guéri, a-t-on dit, est plus apte qu'un être indemne de toute tuberculose à prendre la tuberculose. Cela est vrai, soit que l'on admette que le tuberculeux guéri garde toujours quelques bacilles tuberculeux prêts à évoluer à la première bonne occasion, soit que l'on pense simplement que l'ancien tuberculeux reste toujours un être faible, délicat, accessible à tous les parasites pathogènes. Il est certain que les fatigues d'origine physique ou morale prédisposent les

anciens tuberculeux aux rechutes. Daremberg pose un diagnostic sévère pour les tuberculeux pauvres, mais guéris. Le premier agent de la guérison et du maintien de la guérison, c'est une vie matérielle assurée. Seuls les tuberculeux dociles, intelligents et prudents, se guérissent.

Le pronostic est d'autant meilleur que la tuberculose pulmonaire est lente, commune, chronique.

Quand les tubercules sont ramollis, même quand les cavernules ou les cavernes sont formées, le tuberculeux est encore très guérissable, s'il n'a qu'une petite fièvre vespérale et si son appareil digestif fonctionne bien.

Peut-on savoir par des signes cliniques si le mécanisme de la guérison s'opère bien, s'il suit sa marche normale? C'est en quelque sorte le diagnostic de la curabilité. Le plus souvent on peut avoir les éléments de ce diagnostic.

Les masses sclérosées se manifestent par de la submatité, de la faiblesse respiratoire. Lorsque ces signes d'induration apparaissent lentement, après avoir succédé à des râles humides et à une respiration soufflante, ils sont d'un pronostic favorable. Ce sont les indices de la réparation, de la formation d'une sorte de cal pulmonaire.

La phtisie fibreuse est caractérisée par des bouffées de râles mobiles, des hémoptysies quelquefois très graves, de la dyspnée et un peu de fièvre au moment des poussées, et la conservation d'un bon état général; c'est la forme la plus curable; elle est essentiellement tributaire des révulsifs répétés.

Lorsque le tissu pulmonaire caséifié et mortifié est éliminé, les constatations cliniques sont les suivantes: augmentation des crachats purulents, diminution de la fièvre hectique, cessation même de la fièvre quand la cicatrisation de la caverne est accomplie, et chute de la température au-dessous de la normale.

Revilliod, dans un récent travail, admet enfin que la dépression sous-claviculaire inspiratoire est d'une grande importance dans le pronostic et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire :

1° La constatation de la dépression inspiratoire, plus marquée d'un côté que de l'autre, est un signe pathognomonique de pleurésie tuberculeuse du sommet au niveau duquel elle existe.

2° Ce signe n'existe pas dans toutes les pleurésies du sommet. Il peut manquer par le fait de la coexistence d'une pleurésie diaphragmatique ou d'une pleurésie lobaire ou symphyse pleuro-pariétale étendue et immobilisant le poumon.

3° Le signe peut disparaître par guérison de la pleurésie et résorption des fausses membranes.

4° Observé au début d'une tuberculose pulmonaire, il permet d'espérer que la tuberculose restera limitée à la plèvre et autorise à porter un pronostic relativement favorable.

IV

TRAITEMENT

En tête de ce chapitre nous tenons à placer le mot de Re-villiod :

« Le rôle du terrain prime la graine. » C'est qu'en effet le traitement actuel de la tuberculose par beaucoup de cliniciens consiste à combattre le microbe. Or la médication microbicide jusqu'à ce jour n'a pas donné toutes les espérances qu'on en attendait. Quatre grammes de créosote, a-t-on dit, suffisent pour tuer tous les microbes tuberculeux du corps humain. C'est possible. Mais nos tuberculeux soumis à plus de quatre grammes de créosote ont-ils tué leur bacille ?

Le malade ne peut être assimilé à un bouillon de culture, ni à un cobaye ; un tuberculeux même n'est pas assimilable à un autre tuberculeux. De deux phtisiques traités de la même façon, l'un guérit, l'autre meurt. Pourtant le bacille de Koch est toujours le même ; c'est le terrain qui diffère. Aussi sommes-nous de tous points d'accord avec M. le professeur Forgue lorsqu'il écrit : « La clinique nous montre que nous sommes plus utiles en mettant le tuberculeux en état de défense générale et de nutrition résistante qu'en nous attachant à des tentatives thérapeutiques microbicides. On fait plus et mieux avec l'huile de morue, avec la médication en plein air, avec les eaux chlorosées sodiques, qu'avec la créosote, l'hélénine, l'eucalyptol et autres antiseptiques vantés contre le bacille. Il se trouve d'ailleurs que la constatation clinique est ici en accord parfait

avec les doctrines nouvelles ; nous savons que toute infection parasitaire est fonction de la graine et du terrain, et nous comprenons que la mise en activité des germes morbides soit fort empêchée par des modifications favorables des milieux nutritifs : ainsi s'expliquent les succès du traitement hygiénique, traditionnel et banal, de la tuberculose. »

Le bacille mort, serions-nous plus avancés ? Non, certes. Les cadavres des bacilles morts sont nuisibles : Koch a vu que les cadavres de bacilles tués provoquent la supuration. Virchow a vu que l'extrait des cultures de bacilles tuberculeux, que la tuberculine de Koch détermine autour des tubercules une exagération de la zone embryonnaire et non pas du tissu fibreux.

Strauss et Gamaléia à Paris, Prudden à New-York, viennent de démontrer que l'injection intra-veineuse des bacilles morts peut déterminer la formation de tubercules comme le fait l'injection des bacilles vivants.

Ces faits si importants démontrent évidemment qu'il est d'une parfaite inutilité de chercher à tuer les bacilles tuberculeux — même si l'on pouvait obtenir cette mort — puisque le bacille tué trouve encore moyen de former du pus, de faire du tubercule, de répandre dans l'organisme de virulents poisons.

C'est donc dans le terrain, substratum de l'immunité et de la réceptivité, c'est dans le terrain qu'il faut chercher les conditions de curabilité. « La guérison, dit Grancher, ne peut s'accomplir que si l'organisme tient en réserve des forces supplémentaires, toute cicatrice étant un travail de formation qui suppose une activité cellulaire exagérée et l'emploi des matériaux empruntés au sang et à la lymphe. Si la nutrition des cellules de la zone embryonnaire est soutenue, ces éléments s'organiseront en tissu conjonctif. Il faut donc que la nutrition normale des cellules organiques soit réalisée et même dépassée.

sée, puisque ces cellules ont à pourvoir à une végétation conjonctive réparatrice. »

Cette thérapeutique, nous le répétons, nous n'avons pas le loisir de la traiter d'une façon complète, en quelques mots nous devons l'esquisser.

Au traitement prophylactique se rattachent les deux grandes parties de l'auto-infection, de la transmissibilité : il comprend les influences hygiéniques. Au traitement de la phtisie commune, de la granulation miliaire aiguë, conviennent l'action des médicaments, les traitements thermal et climatérique, sur lesquels Jaccoud a si fortement et si brillamment insisté.

Les traitements chimiques et pharmaceutiques de la tuberculose pulmonaire sont innombrables. On a essayé des vaccinations expérimentales, de la vaccine jennérienne; on a fait des essais de vaccination par l'érysipèle, par le charbon, par les produits de la putréfaction; utilisant les découvertes de Pasteur, on a fait des vaccinations par la méthode des cultures affaiblies... On a essayé de vacciner par la tuberculose aviaire normale ou affaiblie, par les produits de désassimilation des bacilles tuberculeux. On a inoculé du sang et du sérum d'animaux supposés être réfractaires à la tuberculose (chien, chèvre), du sérum d'animaux tuberculeux... Koch inventa sa tuberculine, suivi par Hunter et Klebs... On ne réussit pas à tuer le bacille tuberculeux.

Alors on prétendit qu'on le détruirait par des traitements antiparasitaires. On inventa la bactériothérapie, les traitements par les airs (air chaud, air des étables, air comprimé et raréfié). On fit inhaler aux patients de l'acide sulfureux, de l'acide sulfhydrique en lavements et en boissons; on prescrivit des eaux minérales sulfureuses (Eaux-Bonnes), arsénicales (Mont-Dore, la Bourboule), de l'acide carbonique. On ordonna le chlorure de sodium, le lait chloruré, la glycérine salée, qui entre parenthèses a donné d'excellents résultats à notre maître M. Sarda), les eaux sodiques ou alcalines.

On fait inhaler des fluorures et de l'acide fluorhydrique, de l'ozone, de l'oxygène, du chlore, du chloroforme, du cyanure, de l'acide cyanhydrique, de l'azote, de l'acide osmique, des essences volatiles, de l'eucalyptol, du camphre, du menthol.

La liste serait immense; je la clos en citant la créosote, l'iodoforme, le tannin, qui par leur association donnent d'excellents résultats à notre maître.

Et cependant, combien d'individus jeunes, tuberculeux, de forte constitution, vivant à l'air pur de la montagne, s'offrant la luxe de Davos ou de l'Engadine, entourés d'un luxe de soins et de précautions permis par leur fortune, surveillés et dirigés avec un soin pieux, combien sont néanmoins victimes de la tuberculose, alors que de pauvres misérables, exposés à toutes causes déprimantes, résistent! Il y a donc plus que le traitement, autre chose que la prophylaxie de l'hygiène; ce quelque chose réside dans l'organisme, dans l'individu lui-même; ce quelque chose est le résultat d'une diathèse héréditaire, d'une influence quelconque acquise ou innée ou pathologique. De notre étude même ne résulte-t-il point que certaines influences pathologiques (scarlatine, rhumatisme) impressionnent l'organisme, l'impressionnent d'une façon lente, passagère ou permanente, mais laissant toujours après elles une empreinte avec laquelle doit compter le médecin? Évidemment on n'osera pas créer un pneumothorax artificiel, avec l'espérance qu'il pourrait, comme le spontané, arrêter la marche de la tuberculose et enkyster les lésions pulmonaires; on ne donnera pas la scarlatine aux poitrinaires... mais de ces faits on tirera cet enseignement fécond: l'immunité, la curabilité de la tuberculose pulmonaire sont dues souvent à l'intervention heureuse d'une entité morbide nouvelle qui enraye la tuberculose ou la fait progresser vers la phtisie fibreuse, encourage sa naturelle tendance à se transformer en tissu scléreux.

V

OBSERVATIONS

Nous allons donner dans ce chapitre les observations de tuberculose guéries.

Nous ne donnerons que des observations personnelles prises dans le service de notre excellent maître M. le professeur agrégé Sarda. Nous nous bornerons à l'exposé des faits. Les points de vue qui nous intéressent d'une façon plus spéciale ont été relatés dans le cours de ce travail.

Nous aurions pu faire plus dense et plus complet ce chapitre, apporter des observations de Jaccoud, de Mussy, de Pidoux, plus près de nous de Pastre, de Audouin, de Bernard... nous nous contenterons de citer ces divers auteurs sans insister autrement, parce qu'on trouvera chez eux toutes les observations cliniques et nécropsiques désirables ; notre rôle ne pouvait n'être que le rôle d'un copiste. Je mentionne toutefois dans le travail de Revilliod (de Genève), le plus récent sur la question, les recherches entreprises par Heitler dans un mémoire publié dans les *Wiener Klinick* : Ueber Heilbarkeit der Lungusschwindzucht und ueber Kombination der Tuberculose mit auderen krankheiten. » L'auteur a rassemblé tous les cas de tuberculose guérie, constatés à l'Institut anatomopathologique de Vienne, de 1869 à 1879. Sur 16,562 autopsies, 789 révélèrent des traces de tuberculose guérie. Ce mémoire est excessivement précieux.

Revilliod apporte lui-même un contingent de 20 observa-

tions de tuberculose guérie constatées telles à l'autopsie (prof. Zahn).

Nous donnerons de nos observations la classification suivante : L'observation I, exemple de métastases multiples, offre un processus morbide se transportant d'un organe sur un autre, quittant un appareil pour en envahir d'autres.

L'observation II est un cas de guérison constatée par nécropsie, c'est une tuberculose dont le processus curateur est pris sur le fait ; remarquable par l'abondante production de concrétions calcaires.

L'observation III a trait à un cas de typho-bacillose, qui s'est terminé par la guérison.

Les observations IV, V, très résumées, sont la constatation de guérisons, l'une complète, chez un hybride tuberculo-arthritique, l'autre momentanée, ou plutôt avec des paroxysmes chez un arthritique.

Il nous eût été facile d'allonger cette liste ; mais, en choisissant des cas qui ont une démonstration clinique aussi évidente, il nous a paru que nos arguments devaient, de ce fait, acquérir quelque valeur.

Observation première

(Inédite Personnelle)

Tuberculose pulmonaire. — Tuberculose localisée primitivement à l'avant-bras, métastases fréquentes. — Fonds arthritique.

R. C... est couchée au n° 1 de la salle Rédier ; âgée de trente-deux ans, elle a actuellement tous les attributs de la santé, à un examen superficiel et de l'état général seul. Née à Montpellier, elle est entrée à l'Hôpital Général le 14 mars 1891.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de quatre-vingts ans,

bien portant; mère morte à soixante ans, après une cure racale de hernie; sœurs bien portantes, arthritiques, migraineuses, eczémateuses.

Antécédents personnels. — R. C... a été réglée à dix ans et demi. A huit ans, une tringle de fer fait sur le côté droit du crâne une violente contusion.

A douze ans, malgré les règles, R. C... va laver du linge à la rivière; un cheval échappé envoie un coup de pied sur la région temporo-pariétale droite. Arrêt immédiat et suppression des règles, qui dure deux années.

Une tumeur se développe dans la région parotidienne du côté contusionné, d'origine tuberculeuse. Le professeur Dubrueil l'extirpe en ce moment; à cette même région parotidienne, cicatrice brune très nette, adhérente, parallèle à la branche montante du maxillaire inférieur.

A quatorze ans, réapparition des règles qui, sont normales comme quantité jusque vers la vingt-cinquième année; dès ce moment, elles sont plus fréquentes, plus abondantes. La malade se plaint d'être dans le sang deux fois par mois et pendant huit jours chaque fois.

Migraines, épistaxis. A vingt ans, chute. Le coude gauche et tout l'avant-bras gauche sont violemment contusionnés; immédiatement apparaît un foyer local de tuberculose, profonde douleur au niveau des os et des articulations, gonflement, tuméfaction, abcès, fistule.

Le 14 mars 1891, R. C..., que l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, les pointes de feu localement appliquées n'ont pas améliorée, rentre à l'Hôpital Général.

Le docteur Regimbeau, alors chef de service, fait soigner cette tuberculose de l'avant-bras par la méthode Lannelongue; au bout de six mois, les fistules sont fermées, les clapiers ont disparu, la suppuration est tarie.

Actuellement, le bras présente des cicatrices nombreuses,

brunes et bien adhérentes; les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont permis; la flexion et l'extension du poignet, de l'avant-bras sont difficilement réalisées. La main est dans la flexion.

Mais, dès que la guérison de l'avant-bras paraît obtenue, on trouve des signes stéthoscopiques très nets de tuberculisation pulmonaire. La malade présente des deux côtés de la submatité sus et sous-claviculaire, de la respiration aux sommets soufflante et rude; l'expiration est prolongée. La malade tousse, a de légères hémoptysies. Des craquements sont perçus. Le reste des poumons, les parties moyennes et les bases, sont le siège de râles, de ronflements, de ronchus.

Cet état dure une quinzaine de jours, puis apparaissent des symptômes alarmants du côté de l'avant-bras.

C'est d'abord une douleur vague, puis vient l'engourdissement, des fourmillements; un empâtement profond mal délimité se forme. Des masses pseudo-fluctuantes sont trouvées à la palpation sur toute la hauteur de l'avant-bras; il y a de la douleur vive, de la rougeur, du gonflement, une élévation thermique locale. L'abcès paraît s'être reformé et les poumons sont absolument indemnes, quand tous ces signes sont à leur apogée. Pas de râles, pas de ronchus aux bases et aux parties moyennes, plus d'hémoptysies. État général excellent, bon appétit.

Et le cycle recommence : en effet, une période de calme, de repos, d'accalmie se manifeste, et du côté des poumons et du côté de l'avant-bras, puis réapparaissent des symptômes de tuberculisation pulmonaire pendant que les lésions de l'avant-bras sont en voie de régression.

C'est ainsi que, du 19 janvier au 1^{er} février 1893, se produit une vive poussée du côté des poumons : on a recours aux révulsifs, aux pointes de feu, à l'huile de morue à haute dose; craquements, râles, bacilles dans les crachats, qui

sont abondants; pendant ces paroxysmes, la fièvre est l'exception; la température et le pouls ne s'éloignent pas de la normale.

L'avant-bras, du 19 janvier au 1^{er} février, est guéri.

Du 1^{er} février au 15 mars, l'état local s'améliore; les signes stéthoscopiques ne peuvent plus être perçus; l'état général est parfait.

Le 15 mars, apparaît, dans l'avant-bras, le gonflement, la douleur, la pseudo-fluctuation, et cet état dure jusqu'au 30 mars.

Nouvelle période de calme, et du côté de l'avant-bras et du côté des poumons.

Puis, en mai, poussée congestive, paroxystique, pulmonaire, et ainsi de suite jusqu'à la dernière poussée, qui vient de s'effectuer sous mes yeux (celle-ci compliquée d'hémoptysies abondantes et de crachements abondants contenant des bacilles en grand nombre), du 1^{er} au 30 novembre. Mais toujours alternance des symptômes, les lésions de l'avant-bras et celles du poulmon n'évoluant jamais en même temps.

L'état actuel, 2 décembre 1893, est très satisfaisant. Du côté de l'avant-bras, plus de trace de l'ancienne lésion que les cicatrices déjà signalées et la flexion forcée des doigts sur la paume de la main.

Du côté des poumons, la respiration est très légèrement soufflante sous les clavicules, l'expectoration un peu prolongée.

L'état général est parfait. La malade mange, boit, dort, accomplit en un mot toutes les fonctions végétatives d'une façon parfaite.

Elle prend actuellement:

Iodoforme	0,10 centigrammes.
Tannin.	0,05 —
Créosote	0,05 —

Il n'y a plus de crachats.

Observation II

(Personnelle. Inédite. Résumée)

Tuberculose pulmonaire. — Alcoolisme chronique. — Autopsie. — Phisie fibreuse diffuse. — Cavernes cicatrisées, en voie de cicatrisation, les unes contenant des concrétions calcaires, les autres, du pus caséux. — Plaque cartilagineuse de la rate.

La nommée C. Römmer, âgée de soixante-cinq ans, occupe dans la salle Rédier le n° 19, service de M. le professeur agrégé Sarda. La malade, vieille alcoolique, tousse beaucoup, son expectoration est abondante; elle a eu dans le temps de nombreuses hémoptysies, des sueurs nocturnes. On la jugea perdue, alors elle contracta des habitudes d'alcoolisme qu'elle développa progressivement; elle faisait d'abondantes libations qu'elle portait souvent jusqu'à l'ivresse complète. Excès de tout genre, vie déréglée et aventureuse.

Nous l'examinons dans le service de notre maître M. Sarda. L'appétit est conservé, l'état général est bon. Le sommeil est parfois troublé de cauchemars, bien que Römmer ne rêve d'animaux qu'exceptionnellement. Pas d'amaigrissement. L'urination est normale.

L'examen physique du thorax (juin 1893) montre que les deux poumons sont le siège de lésions très avancées; il y a des cavernes nombreuses. L'examen bactériologique fait dans le service donne toujours un résultat négatif.

Régime abondant. Iodure et glycérine salée.

Dans le courant de juillet, la malade se plaint de tousser, d'avoir des crachats épais, jaunâtres et purulents; elle a une sensation d'angoisse, d'étouffement.

A l'inspection, le thorax ne présente aucune déformation, et la palpation ne détermine aucune douleur. Les vibrations

sont perçues facilement partout, augmentées aux sommets.

La percussion est négative ; à l'auscultation : en avant, sous la clavicule, respiration rude, soufflante, craquements, râles, surtout après la toux, râles nombreux et gargouillements.

En arrière, dans les fosses sus-épineuse et sous-épineuse, mêmes signes, gargouillements, signes d'excavation.

Condensation du reste du poumon et bruit de souffle.

La malade meurt au bout de trois jours.

AUTOPSIE faite vingt-six heures après la mort. Le péricarde contient un peu de liquide citrin ; le cœur est gros, graisseux, hypertrophié avec une dilatation aortique (diagnostiquée pendant la vie).

Avant d'extraire les poumons, on se rend compte de l'état des plèvres ; les adhérences sont nombreuses et résistantes.

A gauche, le sommet est très vivement adhérent ; la plèvre est épaissie, solide.

De même, à droite et sur toute la hauteur de la paroi thoracique, adhérences diaphragmatiques des deux côtés.

Les ganglions médiastinaux sont gros (d'une noix à une noisette), les uns sont remplis de craie, les autres, d'une matière calcaire dure et solide comme la pierre.

Poumons. — Les poumons sont difficilement extraits et se déchirent, tellement ils sont adhérents. Ils sont atteints de phtisie fibreuse chronique très dense, avec quelques foyers ulcéreux ou cavernes, 7 à 8 par poumon, du volume d'une amande à celui d'un gros pois. Le tissu crie sous le scalpel à cause de bandes fibreuses épaisses et de l'existence de concrétions pierreuses disséminées dans tout le parenchyme et en très grand nombre ; on peut les énucléer avec le bistouri.

Les tubes inférieurs présentent une congestion diffuse intense sans coque fibreuse pleurale ; bandes scléreuses nacrées et résistantes traversant en tous sens les masses pulmonaires.

Cavernes et cavernules remplies de matière crayeuse, de la consistance du mastic de vitrier, les autres de véritables calculs.

La rate présente une grande plaque cartilagineuse.

Observation III

(Résumée d'après les notes que nous a communiquées très obligeamment M. Vires, interne des hôpitaux.)

Typhoïde et tuberculose. — Guérison

Delph... Pl..., quinze ans et demie, strumeuse, lymphatique; conjonctivite depuis l'âge de neuf ans, à l'hôpital; placée comme bonne à maintes reprises; obligée de revenir à l'hospice à cause de sa délicatesse, de sa mauvaise santé. N'a jamais fait de maladie infectieuse ni autre, mais débile, faible; pas réglée. Douce, sage, intelligente, laborieuse; bien conformée.

Mère morte à trente ans, de vomissements de sang; tousait, avait les jambes enflées; très maigre; probablement cachexie phtisique.

Père: renseignements incomplets, viveur et alcoolique, disparu depuis la naissance de Delphine.

Frère, dix-huit ans, bien portant, soldat; avait, enfant, de fréquentes épistaxis.

Une sœur, vingt ans, bonne en ville; élevée à l'hospice; épistaxis, conjonctivites; règles difficiles et douloureuses très abondantes.

Delph... crache le sang de temps à autre; s'enrhume facilement; elle se rappelle qu'on lui appliqua jadis des vésicatoires.

8 novembre 1893. — Prend froid; frissons; céphalalgie intense; grelotte la fièvre; ne peut facilement se réchauffer;

est sensible à la pluie et à l'humidité.

9. — T. : matin, 39° ; soir, 39°. Pouls, 125.

Affaissement intellectuel ; bouffissure de la face et des paupières ; moiteur, presque sueur. Pouls petit, dépressible. Ventre douloureux, avec gargouillements partout, et surtout dans la fosse iliaque droite ; constipation. Vomissements dans la journée d'une matière âcre et bilieuse. Langue très saburrale. Urines rouges, sédiments peu abondants, 800 grammes.

Les deux poumons sont pris ; congestion des bases ; râles sous-crépitaux sur toute leur hauteur. Submatité sous les deux clavicules.

10. — T. : matin, 40°5 ; soir, 39°7. Pouls, 140.

Même état ; la malade est abattue et répond assez mal aux questions qu'on lui pose. La langue est sale, large, rouge sur les bords et à la pointe ; le ventre continue à être douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite ; quelques gargouillements, constipation qui nécessite un lavement ; à la percussion du thorax, submatité sous et sus-claviculaire ; à l'auscultation, râles, respiration rude et soufflante, expectoration abondante.

11. — T. : matin, 39°5 ; soir, 40°. Pouls, 120.

Même état ; épistaxis.

12. — T. : matin, 38°9 ; soir, 39°3. Pouls, 120. La congestion pulmonaire augmente ; l'expectoration augmente. Potion avec du sirop d'ipéca.

13. — T. : matin, 40° ; soir, 39°8. Pouls, 120. Toux pénible ; crachats abondants, rouillés, striés de sang. Expiration sous les deux clavicules très prolongée et très rude. Râles sibilants dans le reste du poumon, langue sèche, râpeuse, rude, rouge sur les bords et à la pointe. Céphalalgie intense : hyperesthésie des muscles de l'abdomen, constipation. Epistaxis.

14. — T. : matin, 38°7 ; soir, 40°3. Pouls, 110. Langue typhique. Rate un peu grosse ; gargouillements dans l'abdomen, taches rosées en arrière de la région thoracique posté-

rière, rares. Poumons. Percussions. Son très haut sous les clavicules ; à trois travers de doigt au-dessous des clavicules, submatité. Les vibrations sont augmentées aux sommets. Les bruits du cœur sont transmis parfaitement sur toute la hauteur des deux poumons. Ronchus, râles ronflants, crépitants. Crachats rouillés et sanglants.

15. — T.: matin, 37°4 ; soir, 38°1. Pouls, 110.

Sibilants et ronchus aux sommets avec quelques râles muqueux.

16. — T.: matin, 38°5 ; soir, 40. Pouls, 120. Nuit d'insomnie. Vomissements ; pas d'apparition des règles, malgré l'application de vésicatoires à la face interne des deux cuisses. Langue toujours typhique. Ventre très douloureux. La percussion et l'auscultation donnent les mêmes résultats. Taches rosées en avant et en arrière. Gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Larges badigeonnages à la teinture d'iode en avant et en arrière.

On supprime la potion à l'ipéca.

On donne : Iodoforme 0,10 cent.

Tannin

Extrait de digitale. à 0,05

17. — C'est le dixième jour de la maladie. T.: matin, 36°6 ; soir, 37°8. Pouls, 104.

Nuit assez tranquille. La malade est très oppressée depuis ce matin. Nombre de respirations, 36. Le ventre ballonné, météorisme. Lavement glycérimé. Sulfate de quinine.

18. — Râles beaucoup plus gros, fortement timbrés, presque frottement de cuir. Pointe de côté à droite. T.: matin, 36°8 ; soir, 38°. Pouls, 120.

19. — 36°6, 37°2. Malade n'est plus attristée et sombre. Elle est calme, a passé une bonne nuit ; ne souffre pas de son

côté; va du corps régulièrement. Nous sommes au douzième jour de la maladie. L'état général s'arrange petit à petit.

22 et 23. — La fièvre reparait. Mais, le 23, plus de fièvre, tout est normal. La malade entre en convalescence. Il ne reste de sa lésion pulmonaire, à un moment si véhémence, qu'une légère obscurité de la respiration et une expiration sous-claviculaire prolongée; l'inspiration est nettement saccadée.

Observation IV

Arthritisme sans tuberculose chez les ascendants paternels; tuberculose chez les ascendants maternels; tuberculose dans les antécédents personnels. —
— Arthritisme: rhumatisme articulaire aigu. — Guérison.

D. P..., âgé de trente ans. Arthrite des deux coudes et ankylose à la suite de la variole à l'âge de huit ans. Mère phthisique. Père rhumatisant.

En 1889, D. P..., qui jusqu'alors avait été garçon de bazar, est pris de frissons violents, de toux, de point de côté intense, crachats rouillés. Il entre à Necker dans le service de Rendu.

La pneumonie se résout au bout de deux mois. En janvier 1890, il fait une pleurésie immédiatement suivie de tuberculisation des sommets...il est soigné quelque temps encore par Rendu. Puis, sur les conseils du professeur parisien, il vient à Montpellier pour y bénéficier de la bonté du climat.

Il entre en juillet 1890 dans le service du professeur Grasset, suppléé en ce moment par M. le professeur agrégé Sarda; on trouve des bacilles, une expectoration abondante, des sueurs nocturnes, des signes stéthoscopiques très nets de tuberculisation avancée. En même temps, le malade réalise une attaque de rhumatisme mono-articulaire, puis généralisé

et aiguë. Tout le temps que dure le rhumatisme, les lésions bacillaires sont stationnaires... Le rhumatisme fixé, les lésions ne progressent plus; même elles entrent immédiatement en voie de régression.

C'est ainsi que l'état général s'améliore, l'embonpoint revient, les forces réapparaissent. D. P... est expédié à l'Hôpital Général; il y remplit les fonctions d'infirmier dans la salle Saint-Charles. Il se fatigue comme tout le monde, marche, fait son métier assez pénible, vit de la vie commune et se fatigue sans désordres graves.

L'état est excellent, à un point tel qu'il fait actuellement le service du réfectoire des internes.

Localement, on trouve en avant et en arrière de la submaturité aux sommets. L'expiration est soufflante, mais très légèrement. Les bruits du cœur sont transmis à toute la hauteur des deux poumons. Pas d'expectoration purulente. Plus de bacilles.

C'est une guérison que tout fait présumer comme définitive.

Observation V

Tuberculose pulmonaire. — Emphysème chronique. — Fonds arthritique.
— Trêves dans la marche de la tuberculisation. — Guérison momentanée.

Chau...; âgé de soixante-treize ans, occupe dans la salle St-Charles, service du docteur Sarda, le lit n° 35. Il est emphysémateux, et ses crachats contiennent en grande abondance le bacille de Koch. Mère morte toute jeune de la poitrine, à vingt ans. Chau... présente des hémoptysies; en même temps, il constate qu'il est court d'haleine, qu'il s'essouffle rapidement et facilement. Il est grêle, délicat, débile, apte à réaliser facilement des ruines à répétition, des bronchites; il se

fait tailleur d'habits et, malgré ses grands ménagements, ne peut entreprendre un long travail.

Pas d'alcoolisme, pas d'excès.

En 1880, attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé.

A partir de ce moment, pendant les hivers qui suivent, il fait des hémoptysies, il tousse beaucoup. Il présente des paroxysmes, auxquels succèdent des temps d'arrêt. Au total Chau... fait une tuberculose arthritique, semblable en tout point à celles que Potain, récemment, a de nouveau remises en lumière. En effet, chez Chau... on voit survenir une fièvre vive, de la prostration, de la congestion pulmonaire se traduisant par des hémoptysies. Bientôt, une semaine, deux semaines après ces poussées et ces crises paroxystiques, la fièvre s'éteint, les signes congestifs s'amendent, le repos s'établit ; et bientôt, au bout de quelques mois, quatre ou six, le cycle recommence. Il est remarquable, dit Potain, que des paroxysmes peuvent se montrer à une période beaucoup plus avancée, et que des lésions graves, telles que des cavernes même, peuvent guérir. Le fait indéniable, c'est que Chau..., bacillaire dès la vingtième année, emphysémateux et arthritique, a, par le fait même de l'emphysème et de l'arthritisme, parfaitement atteint sa soixante-treizième année ; qu'il sort les jours de sortie, qu'il vit en un mot de la vie commune ; le vieillard est plus gai, plus solide, plus alerte que l'adolescent et l'homme adulte.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose aiguë à localisations multiples est curable. La guérison n'est que rarement absolue : elle est momentanée.

2° La tuberculose associée à la fièvre typhoïde est curable.

3° La tuberculose pulmonaire chronique est fréquemment guérie par une tendance évolutive propre du tubercule qui devient fibreux ou calcaire, tendance qui est accentuée par certaines entités morbides, aidée par des antagonismes, et par un traitement approprié.

4° Dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, il y a lieu de se souvenir avant tout des guérisons possibles, non seulement momentanées, mais définitives.

5° L'importance du terrain est capitale et prime celle du bacille ; l'état général relativement bon est une des conditions de curabilité.

BIBLIOGRAPHIE

- CRUVEILHER. — Traité d'anatomie pathologique générale, 1862.
- GRANCHER. — Thèse de doctorat, 1873, et Archives de physiologie, 1878.
- G. SÉE. — De la phtisie bacillaire des poumons (Paris, 1884).
- FERNET. — De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë (Thèse 1885).
- BOULLAND. — Thèse de doctorat, 1865.
- EMPIS. — De la granulie (Paris, 1865).
- CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, t. III.
- HANOT. — Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, t. XVIII.
- JACCOUD. — Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire, 1810.
- LAENNEC. — Traité de l'auscultation médiate, 1866.
- LOUIS. — Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phtisie, 1843.
- ANDRAL. — Clinique médicale, 1834.
- GRISOLLES. — Pathologie interne.
- TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1877.
- PETER. — Leçons de clinique médicale (Paris, 1879).
- LEUDET. — De la phtisie aiguë (Thèse de 1851).
- LAVERAN. — Mémoire de médecine militaire, 1873.
- NIEMEYER. — Pathologie interne, 1865.
- HÉRARD et CORNIL. — De la phtisie pulmonaire (Paris, 1867).
- WUNDERLICH. — Archiv der Heilkunde, 1869.
- MAIRET. — Thèse d'agrégation (Paris, 1878).
- LEBERT. — Traité pratique et clinique de la phtisie pulmonaire (Paris, 1870).
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale, 1874.
- JACCOUD. — Clinique de Lariboisière (Paris, 1873).

BERNARD. — Thèse de Paris, 1884.

REVILLIOD. — Revue médicale de la Suisse romande, 1893.

LÉPINE. — Thèse d'agrégation, 1872.

DAREMBERG. — Traitement de la phtisie pulmonaire, 1892.

DÉJERINE. — Recherches des bacilles dans la tuberculose calcifiée et caséo-calcifiée (Bulletin de la Société de biologie, 1884).

RENAUT. — Lyon médical, 1879.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 décembre 1893.

Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 décembre 1893.

Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIERES

	Pages.
Introduction.....	IX
I. — Historique.....	11
II. — Anatomie-pathologique (Virchow, Thaon, Grancher). Le processus curateur. — Période de granulie, de cavernes. — Guérison absolue, guérison relative. — Démonstration anatomique	18
III. — Symptomatologie. — Phtisie régressive. — Guérison dans la phtisie chronique. — Dans la phtisie aiguë. — Des conditions qui influent sur la curabilité. — Pronostic.	31
IV. — Traitement: a) local; b) général. — Le rôle du terrain prime celui de la graine	51
V. — Observations.....	55
Conclusions.....	68
Bibliographie	69

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
